

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

06 Budget 2022 : Une nouvelle méthodologie pour le budget
des soins de santé en Belgique

18 La co-construction des politiques de soins de santé

38 Évolution des antibiotiques remboursés de 2015 à 2021

2 - juillet 2022

Décider ensemble

Décider ensemble

Edito



En Belgique, la sécurité sociale et sa gestion s'organisent sur un grand principe, celui de la gestion paritaire. Le législateur avait estimé, à raison, que pour la prise de décision dans des environnements complexes, une multitude d'acteurs-rices doivent être réunis et que les différents groupes d'intérêts doivent se rencontrer et échanger. Il y a deux ans, nous avons consacré un long article sur la traduction de ce mécanisme dans la négociation budgétaire (Lambert, 2020) et sur notre préoccupation quant au désinvestissement de ce mécanisme. Deux ans plus tard, plusieurs évolutions notables sont à signaler dans le cadre du mécanisme de concertation dans l'exercice budgétaire.

Notre article *Budget 2022 : Une nouvelle méthodologie pour l'élaboration du budget des soins de santé* retrace les grandes évolutions du trajet budgétaire. En 2021 a commencé un trajet de détermination d'objectifs de soins de santé transversaux devant permettre de transformer notre approche de la santé et de l'organisation des soins de santé autour de grands

enjeux de santé publique tels que l'accessibilité à la santé, le suivi des patient-es diabétiques ou la réduction de l'obésité par la mise en place d'un trajet de soin pour les jeunes. La marge budgétaire de 124 millions a donc été attribuée pour réaliser des objectifs de soins de santé et répondre à cinq grands objectifs pour le système de santé (*Quintuple Aim*) : améliorer la santé de la population, améliorer la qualité des soins tels que vécus par les patient-es, améliorer le rapport entre les ressources disponibles et les valeurs réalisées au sens large, améliorer l'équité en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large et améliorer le bien-être des professionnel·les de santé. Une telle méthodologie, largement documentée et éprouvée dans d'autres pays, est une révolution dans notre pays où le budget est encore construit en silo, c'est-à-dire négocié et découpé en grands secteurs : spécialités pharmaceutiques, hôpitaux, médecins, soins infirmiers, etc. Nous avons souligné l'importance de ce changement dans notre article consacré au budget de l'année dernière (Mahieu & Lambert, 2021).

Le travail par objectifs a pour ambition d'élaborer des politiques qui tiennent compte d'une vision stratégique à long terme et qui traduisent la richesse de l'expertise des différentes parties prenantes dans des actions concrètes visant à améliorer la santé de la population générale, mais aussi la performance du système de soin.

Nous ne pouvons que souligner l'importance théorique d'une telle évolution de travailler par objectifs, qui fait coller le financement à une politique de long terme

qui vise à augmenter les gains en santé. En pratique, ce dispositif, encore naissant, doit faire l'objet d'une appropriation collective. Notre article, *La co-construction des politiques de soins de santé* explique l'enjeu, les raisons et la plus-value de méthodes participatives de co-construction pour les politiques de santé. En effet, décider ensemble ne consiste pas à mettre côte à côte tous les avis et points de vue sur une question et d'espérer, sans transformation, obtenir un accord commun. Un tel dispositif ne peut conduire qu'à deux issues : l'adoption du point de vue des groupes dominants ou l'adoption d'un plus petit dénominateur commun. Dans les deux cas, le bénéfice de la réflexion collective est perdu. Au contraire, le travail par objectifs et le recours à des méthodes participatives de discussions permettraient un déplacement des points de vue, des positions respectives, en vue de l'adoption d'une politique partagée et coordonnée. Une telle approche participative – notamment par l'OMS pour la prise de décision sur les questions de santé publique (Organisation Mondiale de la Santé, 2016) – propose le déploiement d'un objectif séquencé en étapes d'appropriation et d'expérimentation. Ce déroulement progressif permettrait aux acteurs·rices impliqué·es dans la négociation d'apprendre et d'évaluer leurs hypothèses communes et de les réorienter au fur et à mesure qu'ils peuvent en mesurer l'effet. Une telle approche est absolument nécessaire, en particulier pour résoudre des problèmes complexes (c'est-à-dire, qui ne sont ni simples pour lesquels une cause unique peut être connue et identifiée, ni compliqués pour lesquels plusieurs causes peuvent être identifiées). Dans les systèmes complexes, on ne peut isoler une ou

plusieurs causes avec certitude et agir sur elles. Il faut donc des dispositifs itératifs et autoapprenants pour que les acteurs·rices puissent concevoir les politiques de soins de santé pertinentes, d'évaluer leurs effets et réaliser les ajustements continus nécessaires. Car l'enjeu de ces dispositifs est bien de parvenir à décider ensemble des politiques de soins de santé sur les années à venir.

Nous savons que d'immenses défis attendent le système de santé tels que le vieillissement de la population, l'explosion des maladies chroniques, l'augmentation continue des incapacités de travail, mais aussi les progrès de la télémédecine et l'évolution scientifique et médicale. Pour nombre de ces évolutions, nous devons dès à présent anticiper et décider d'investir, de déconstruire, d'aménager, sans connaître exactement les évolutions futures. Décider ensemble et se mobiliser autour d'objectifs partagés est crucial pour affronter ces défis des prochaines années. Dans cette année charnière, nous avons l'opportunité d'investir dans de nouvelles méthodologies qui nous permettront d'apprendre à réfléchir collectivement l'amélioration du système de santé tout en inscrivant ce travail de co-construction dans la durée. Notre article explique les raisons de notre mobilisation dans ce processus de transformation de la gouvernance et les balises qui permettront le succès de tels dispositifs.

Enfin notre dernier article, *Évolution des antibiotiques remboursés de 2015 à 2021*, est consacré à l'évolution de la consommation des antibiotiques ces dernières années. En Belgique, nous en consommons plus que dans les pays voisins, or, on sait que la surutilisation de ces médicaments provoque une résistance des infections bactériennes à ces derniers. La consommation raisonnée d'antibiotiques représente donc un défi belge de santé publique important. Afin d'objectiver les mesures incitatives qui ont le plus d'impact sur la consommation, notre étude a observé trois choses : d'une part les évolutions de la consommation d'antibiotiques en lien avec les différentes périodes de confinement lors de la pandémie de la COVID-19 entre 2020 et 2021 afin d'identifier comment les comportements de consommation et de prescriptions réagissaient à ce contexte historique inédit. Ensuite, l'évolution de la prescription suite au changement de législation en

2017 et 2018 et du programme *One Health* qui tente de mieux réguler la prescription des antibiotiques, notamment en établissant un plan d'action national avec une approche One Health intégrée et holistique pour contrecarrer le développement des résistances des infections bactériennes à mettre en œuvre dans les secteurs médical, pharmaceutique et vétérinaire à partir de fin 2019. Enfin nous nous sommes penchés sur les prescriptions de certains antibiotiques (et de la métronidazole) par les dentistes. Cette rétrospective nous permet non seulement de mieux comprendre quelles politiques peuvent modifier la consommation d'antibiotiques mais aussi de relever l'insuffisance de certains dispositifs législatifs existants.

Elise Derroitte
Directrice Service d'études

Bibliographie

Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-Information*, 281, 4-22.

Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021 : Prestataires de soins, institutions de soins et mutualités s'allient pour mettre en œuvre des réformes essentielles. *MC-Information*, 283, 4-11.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.



Budget 2022 : une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique

Saskia Mahieu - Direction Politique
Sophie Cès et Louise Lambert - Service d'études

Résumé

La proposition budgétaire d'octobre 2020 a déjà jeté les bases d'un format budgétaire adapté : plans pluriannuels, objectifs de soins de santé, soins ciblés et une collaboration efficace dans le respect des compétences individuelles de chaque prestataire de soins. À la base se trouvait une vision large de la santé, à savoir la santé comme la capacité à s'adapter et à prendre les choses en main, à la lumière des défis physiques, émotionnels et sociaux de la vie. En octobre 2021, il restait donc une étape importante à franchir : concrétiser cette nouvelle vision dans la proposition de budget des soins de santé en 2022.

Grâce à la décision de ce gouvernement de permettre au budget de l'assurance soins de santé de croître de 2,5% par an (norme de croissance réelle), le Comité de l'assurance a pu proposer de nouvelles initiatives basées sur une marge budgétaire de 124 millions d'euros, en plus des initiatives politiques basées sur des gains d'efficacité. Ce comité, composé principalement de prestataires de soins de santé et de représentants des mutualités, a alloué la marge budgétaire aux objectifs de soins de santé visant, à partir de 2022, à plus de prévention, à des soins davantage centrés sur le patient, à des soins plus ciblés et à une réduction de la facture du patient. Chaque proposition de nouvelle politique est discutée avec tous les secteurs concernés et avec des experts (universitaires et experts de terrain) avant d'être mise en œuvre. Un système de suivi est prévu pour évaluer et ajuster les mesures prises. Parallèlement, les secteurs s'engagent à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé grâce à des réorientations budgétaires en leur sein. L'accent est donc mis sur l'amélioration des performances du système de soins de santé.

La proposition de budget pour les soins de santé 2022 est une étape importante dans la réforme de l'assurance soins de santé. La réalisation effective des mesures prises, via une collaboration renouvelée entre les secteurs, constitue le prochain défi. Nous attendons également une description des adaptations structurelles d'un processus budgétaire renouvelé à partir de 2022, qui doit aboutir à un premier cadre budgétaire pluriannuel, plus précisément pour la période 2023-2025.

Mots-clés : Budget, soins de santé, gouvernance, nouvelles initiatives, objectifs de santé, objectifs de soins de santé

1. Évolution du budget des soins de santé

En Belgique, le budget des soins de santé évolue en fonction de la norme de croissance fixée par le gouvernement, de la masse d'indexation et de quelques dépenses spécifiques. La norme de croissance détermine ainsi l'ampleur du budget qui peut être utilisé dans les soins de santé et la marge existante pour financer de nouvelles initiatives. Celle-ci était de 4,5% jusqu'en 2013, avant qu'elle ne soit progressivement abaissée à 1,5% sous le gouvernement Michel. Le gouvernement De Croo a décidé de la ramener à 2,5% en 2020, niveau plus juste correspondant davantage à l'évolution actuelle des dépenses de santé à politique inchangée.

À côté du rehaussement de la norme de croissance, le gouvernement De Croo, suite à la pression des mouvements sociaux, a décidé de réinvestir 1,2 milliard dans les soins de santé en 2020 pour financer, notamment, les hôpitaux, le Fonds Blouses Blanches et les soins psychologiques. Cette politique contraste avec les nombreuses mesures d'économies prises sous le gouvernement Di Rupo (1 milliard) et Michel (2,5 milliards). En 2022, les investissements supplémentaires au-delà de la norme de croissance se limitent aux mesures de lutte contre la pandémie et au développement d'un dossier électronique et partagé du patient. La capacité à partager les données du patient entre les prestataires de soins de santé est en effet essentielle pour poursuivre les objectifs de soins de santé et éviter le gaspillage des moyens.

La répartition du budget des soins de santé entre les secteurs a également posé des questions, avec certains secteurs¹ qui peuvent s'accaparer une part plus importante du budget ou de sa croissance. Ce fut notamment le cas du secteur pharmaceutique qui a connu une forte croissance ces dernières années en raison des nouveaux médicaments onéreux (croissance moyenne du budget de 6,3% entre 2018 et 2021). Depuis 2012, on observe une croissance rapide des dépenses brutes (sans comptabiliser les ristournes) de médicaments sous contrat (c'est-à-dire temporairement remboursés via un accord confidentiel entre le ministre et

l'entreprise pharmaceutique) qui représentaient 61% des dépenses de l'assurance soins de santé (sur base des données de la MC) pour les médicaments en 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). En 2019, le montant total des dépenses brutes pour ces médicaments pour l'INAMI étaient de 1,6 milliard d'euros (dont 38,5% de ristournes) (Neyt, et al., 2021). Globalement pour le secteur pharmaceutique, les dépenses nettes augmentent depuis 2015 au-delà de l'objectif budgétaire fixé pour les spécialités pharmaceutiques. Et ce dépassement perdure malgré l'allocation d'une croissance annuelle importante de 8% depuis 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). La manière dont les nouveaux médicaments sont repris dans le budget de l'assurance soins de santé doit être examinée de manière critique.

2. Grands projets en cours

La pandémie de COVID-19 a nécessité une grande attention de la part du gouvernement et surtout du ministre fédéral de la Santé publique compétent. En septembre 2021, le gouvernement n'avait pas encore finalisé les plans de réforme du financement des hôpitaux, il n'y avait pas encore de nouveau pacte avec l'industrie pharmaceutique et aucun autre trajet financier pluriannuel clair avec l'un des secteurs des soins. Par conséquent, la proposition de budget pour les soins de santé n'a pas pris en compte l'impact budgétaire de ces trajets pluriannuels en 2022. Un impact budgétaire est toutefois attendu à partir de 2023.

Aujourd'hui, des propositions politiques sont attendues concernant:

- La réforme de la nomenclature médicale : cette réforme est essentielle pour corriger les disparités de revenus déraisonnables entre les médecins et pour adapter la nomenclature aux nouveaux modèles de prestation de soins (télémédecine, soins multidisciplinaires, etc.). Cette réforme devrait également contribuer à une meilleure sécurité tarifaire. Il est donc nécessaire que le calendrier de ce projet soit effectivement respecté.
- La réforme des hôpitaux généraux (voir encadré) : les discussions sur la réforme hospitalière ont été ouvertes par le ministre début 2022. Ces réformes doivent

¹ Dans un premier temps, les négociations ont lieu dans les Commissions de Conventions et d'Accords (commissions par secteur de soins rassemblant les mutualités et prestataires de soins concernés). Ensuite, une proposition budgétaire globale (qui doit respecter le cadre budgétaire global fixé par le gouvernement) est soumise au Comité de l'assurance (composé de représentants des mutualités et des dispensateurs de soins) début octobre. Le Conseil général (composé de représentants des employeurs, du gouvernement, des mutualités et des syndicats) approuve ensuite la proposition budgétaire (Lambert, 2020).

contribuer, entre autres, à améliorer la qualité des soins hospitaliers et à réduire la facture des patients.

- L'accessibilité financière des soins dentaires : le financement insuffisant des soins dentaires entraîne une sous-consommation de ceux-ci par une partie de la population. Un remboursement plus élevé et raisonnable au sein de l'assurance soins de santé est urgent.
- L'accessibilité et la qualité des soins de kinésithérapie : le rôle essentiel des kinésithérapeutes dans les trajets de rééducation doit être reconnu via la poursuite du développement des trajets de soins et des soins intégrés. Des études internationales montrent qu'il convient de mettre davantage l'accent sur la rééducation (Cieza, Causey, Kamenov, & Hanson, 2020). En outre, une réévaluation de certains honoraires, liée à des critères de qualité, est vivement souhaitée.

- L'accessibilité des soins de santé mentale : un nouvel accord avec les réseaux de santé mentale pour adultes et enfants/adolescents est en place depuis 2021. Ce nouvel accord constitue un pas important vers l'amélioration de l'accès aux soins psychologiques. Cette réforme sera mise en œuvre progressivement, à mesure que les réseaux et les professionnels de la santé mentale adhéreront au nouveau modèle. L'ambition est que la coordination des soins psychologiques ambulatoires relève à terme entièrement des soins de première ligne.

Description de la réforme des hôpitaux généraux

Il faut un modèle de financement de l'hôpital qui soit plus simple, plus efficient, plus équitable et plus transparent. Cette réforme n'est en même temps pas indépendante de la réforme de la nomenclature qui doit distinguer dans l'honoraire du médecin la partie intellectuelle de la partie qui couvre les frais de fonctionnement. La réforme du financement devrait aussi clarifier les accords sur le cadre juridique des rétrocessions. La réforme devrait permettre de solutionner la problématique des suppléments d'honoraires ou du moins de l'atténuer.

Par ailleurs, l'accord de gouvernement prévoit que le remodelage du paysage hospitalier sur base des réseaux soit approfondi. La collaboration interhospitalière au sein des réseaux cliniques pour déployer les infrastructures, les équipements et les services de manière plus efficiente doit être stimulée, en veillant à préserver la disponibilité géographique des soins de proximité et l'accessibilité des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire. La poursuite du développement des réseaux exige que l'on s'attaque aux obstacles à la formation des réseaux, tels que la législation sur la TVA. La mise en réseau nécessite également une consultation étroite avec les régions. Il faut aussi renforcer l'articulation entre le réseau hospitalier d'une part et le réseau socio-sanitaire ambulatoire et institutionnel extra-hospitalier d'autre part, la crise ayant ici encore démontré la nécessité d'une forte connexion entre ces différentes lignes de soins. Il s'agit d'un enjeu essentiel afin de garantir un continuum de soins solides et pour faciliter l'externalisation des soins hospitaliers et la réduction des durées de séjours dans des conditions de qualité et de sécurité optimales pour les patients. Enfin, des missions de soins suprarégionales devraient être définies pour assurer la concentration des expertises les plus pointues et renforcer la qualité des soins. En résumé, la consolidation des réseaux doit mener à des soins plus appropriés : des soins pertinents, à leur juste place et au moment opportun.

3. Une nouvelle approche du budget 2022

3.1. Modification du cadre budgétaire

Dans sa note budgétaire pour le Conseil général du 19 octobre 2020, le gouvernement s'est rangé au souhait du Comité de l'assurance d'adapter le cadre budgétaire de l'assurance soins de santé « pour permettre à la concertation de s'inscrire dans une perspective pluriannuelle prévisible, d'encourager le découplage et de soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires en lien avec des objectifs de soins de santé prioritaires » (INAMI, 2020). Dans ce contexte, le 1er mars 2021, un projet comprenant une task force Objectifs de soins de santé, une task force Soins appropriés (*Appropriate Care*), une task force Cadre pluriannuel dynamique, un Comité scientifique et un Comité de pilotage global a été lancé afin de développer une méthodologie concrète pour l'intégration des objectifs de santé dans les choix de l'assurance soins de santé et d'élaborer un plan de soins efficace (réduction des variations de la pratique médicale, prescription rationnelle, etc.). Ces travaux ont donné lieu à un rapport intermédiaire le 14 juillet 2021 (INAMI, 2021a). Bien que les travaux ne soient pas terminés, le rapport intermédiaire est devenu une source d'inspiration importante pour la préparation du budget.

3.2. Objectifs de (soins de) santé et soins appropriés

La formulation d'objectifs constitue le point de départ pour élaborer des politiques ambitieuses avec une vision stratégique à long terme. Cette approche vise à améliorer la performance du système de santé en alignant mieux les investissements sur les multiples défis à relever pour répondre aux besoins de santé de la population. L'un des principaux avantages de cette méthodologie est qu'elle fournit des outils permettant de prioriser les investissements et les mesures à prendre, sur la base des connaissances scientifiques et du point de vue des acteurs concernés. Cette approche encourage l'engagement de tous les acteurs autour d'objectifs coordonnés et partagés.

Le *Quintuple Aim* (Objectif quintuple) est le point de départ de la nouvelle méthodologie (INAMI, 2022). Le *Quintuple Aim* concerne les « cinq objectifs » suivants :

- améliorer la qualité des soins telle que vécue par la

- personne ayant besoin de soins et d'assistance ;
- la santé de la population ;
- le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ;
- l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité ;
- bien-être des professionnelles de la santé.

L'atteinte de certains objectifs ne dépendra pas uniquement de l'action du secteur des soins de santé. D'autres facteurs non médicaux ont également une influence sur l'état de santé et la qualité de vie de la population (facteurs environnementaux, socio-économiques, comportementaux, etc.).

En ce qui concerne l'amélioration de la performance du système de santé, il s'agit d'objectifs spécifiques au secteur des soins de santé qui visent la résolution des problèmes jugés importants pour le fonctionnement du système de santé : par exemple, la lutte contre les infections nosocomiales ou encore l'amélioration de l'accès aux soins préventifs, le dépistage des maladies graves ou chroniques. L'atteinte de ces objectifs dépendra essentiellement de la façon dont les soins de santé sont organisés et délivrés.

Idéalement, il devrait exister en Belgique des objectifs de santé globaux transversaux aux différents niveaux de pouvoir, comme le stipule l'accord de gouvernement, mais ce n'est pas encore le cas : « Nous établirons des objectifs de santé, en concertation avec les entités fédérées et les acteurs de la santé, ainsi qu'un système de monitoring avec une possibilité d'ajustement », indique l'accord de gouvernement du 30 septembre 2020. Ces objectifs de santé globaux font partie d'une politique de santé plus générale qui concerne tous les domaines politiques. La santé dans toutes les politiques (*Heath in all policies*) signifie qu'il faut un cadre général avec des objectifs de santé globaux élaborés conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements des communautés et des régions, afin de réaliser à l'avenir une politique de santé cohérente et ordonnée.

Dans le domaine de la politique des soins de santé, des objectifs en matière de soins de santé doivent être formulés. Ils permettent d'atteindre les objectifs de santé globaux. Dans l'attente de la mise en œuvre d'une coordination des politiques relatives à la santé, il est déjà souhaitable de formuler des objectifs de soins de santé pour le système de santé afin d'améliorer l'efficacité des soins de santé à lutter

contre certains problèmes de santé publique importants (par exemple en santé mentale, ou encore le problème de l'obésité). Les 'soins appropriés' (*appropriate care*) reposent sur le principe des soins adéquats au bon endroit, selon le principe de subsidiarité. Cela implique moins de 'soins inappropriés' comme la réduction des variations des pratiques médicales, la récupération des moyens provenant de la surutilisation pour les réinvestir dans la sous-utilisation ou la sous-évaluation. Il ne s'agit pas de mesures d'économies, mais de réaffectation des moyens grâce à des gains d'efficacité. En termes plus positifs, les mesures sont des actions de soins appropriés avec lesquelles le *Quintuple Aim* est poursuivi.

3.3. Appel à propositions lancé en 2021

Dans le cadre du *Quintuple Aim*, des objectifs spécifiques doivent être formulés afin de pouvoir prioriser les investissements. C'est dans cette perspective qu'un appel à propositions a été lancé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) en avril 2021 auprès d'un ensemble large d'acteurs de la santé (les commissions de conventions, les associations de patients, les mutualités, le KCE, etc.). Il s'agissait de rassembler des propositions pour améliorer la santé de la population via une meilleure qualité de soins et des propositions pour éviter les soins inappropriés. Les propositions reçues ont ensuite été évaluées individuellement par l'INAMI et les deux task forces (Objectifs de soins de santé et *Appropriate Care*). Cet appel à initiatives a permis d'identifier un ensemble de problématiques importantes pour améliorer le système de santé. Les domaines retenus étaient : les soins préventifs et maladies chroniques, l'accessibilité des soins, les trajets de soins, la santé mentale, les soins intégrés (INAMI, 2021a).

À partir de ces propositions, un ensemble de mesures prioritaires ont pu être sélectionnées dont certaines sont déjà financées dans le cadre de l'exercice budgétaire 2022 (voir la partie résumée cadre budgétaire 2022, 124 millions, voir Tableau 3). L'année 2022 marque ainsi une première étape vers une politique de soins de santé guidée par des objectifs. Si cette première expérience a permis de rassembler un ensemble de propositions variées, elle n'a toutefois encore pas donné lieu à des discussions entre les acteurs concernés sur les objectifs et les actions possibles, notamment en raison des délais courts liés au calendrier budgétaire.

En 2022, deux chantiers importants doivent encore être mis en œuvre. Le premier porte sur la sélection d'objectifs

prioritaires pour le système de santé et le deuxième est la mise en œuvre de groupes de travail autour des objectifs pour aboutir à des programmes d'actions cohérents et opérationnels. Le principal défi en 2022 est de mettre en place rapidement une structure de gouvernance permanente pour répondre aux besoins de concertation large entre les acteurs. En effet, au vu de la complexité de certaines problématiques, l'échange entre les différents acteurs concernés est essentiel pour faire émerger des propositions à la fois pertinentes et innovantes (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Il sera tout d'abord nécessaire de réfléchir à un ensemble d'actions cohérentes pour atteindre les objectifs visés et ensuite d'établir un ordre de priorité pour leur implémentation selon leur effet supposé et leur impact budgétaire. Compte tenu de la marge budgétaire annuelle qui sera disponible, le financement des actions pertinentes devra être étalé sur plusieurs années. Par ailleurs, certaines actions déjà sélectionnées en 2022 doivent encore être opérationnalisées.

Par le rassemblement des différentes expertises et perspectives autour d'objectifs prioritaires, ces groupes de travail devraient permettre de créer des espaces de réflexion pour développer un savoir-faire commun pour élaborer des politiques de soins de santé appropriées (plus sur ce sujet dans l'article de ce numéro : Cès, 2022).

3.4. Leviers prioritaires

Trois leviers doivent être utilisés pour améliorer notre système de soins de santé, le rendre plus en adéquation avec les besoins de la population et augmenter la qualité et l'accessibilité des soins.

1. En premier lieu, la poursuite de la digitalisation des soins de santé est cruciale. Un dossier du patient intégré, électronique et interprofessionnel est une nécessité absolue pour des soins efficaces et sûrs : afin d'éviter les examens ou transferts inutiles de patient-es et d'assurer la continuité des soins, un système efficace et sécurisé d'échange de données importantes à travers les lignes de soins doit être mis en place dans le respect de la vie privée des patient-es et avec leur consentement éclairé. Le dossier électronique interprofessionnel du patient est une priorité pour tous les prestataires de soins, les établissements de santé et les mutualités.
2. Les modèles de financement doivent également être adaptés : les modèles de financement doivent soutenir l'objectif d'une meilleure santé (en termes de statut

de santé ou de qualité de vie). Cela implique de choisir des modèles de financement davantage axés sur la prévention, l'empowerment des patients, la diminution des soins inappropriés, une multidisciplinarité et une collaboration pertinentes, etc. Ces modèles de financement incluent notamment des indicateurs de qualité.

3. Enfin, l'accessibilité financière des soins de santé doit être encore améliorée. Cet objectif ne peut être atteint que s'il est poursuivi dans toutes ses dimensions. Premièrement, il y a la garantie de la sécurité tarifaire et la nécessité d'améliorer le taux de conventionnement. Tout investissement public visant à répondre à des besoins objectivement identifiés doit s'accompagner d'une amélioration de l'accessibilité financière pour les patient-es. Deuxièmement, il y a la limitation de la part personnelle à charge des patient-es. La suppression des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé reste une question essentielle à traiter à partir de 2022.

4. Estimations techniques et objectif budgétaire pour 2022

4.1. Objectif global du budget 2022

Le mode de calcul de l'objectif budgétaire global est fixé par la loi. Chaque année, la base de calcul est l'objectif budgétaire global de l'année en cours. Elle est majorée de la norme de croissance prévue par la loi (2,5% durant cette législature), de la masse d'indice basée sur l'indice santé² et l'indice pivot³ (les dépenses liées aux indexations annuelles) et de certaines dépenses spécifiques (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Résumé du calcul de l'objectif budgétaire global pour 2022
(source : INAMI, 2021d)

	En milliers d'euros
Objectif budgétaire global 2021	30.072.305
Montant compensation recettes totales art.111/81 - 2021 (*)	-876.153
Norme stricte 2021	29.196.152
Norme de croissance réelle 2,5%	729.904
Sous-total	29.926.056
Indice santé (0,79%)	138.708
Masse indice pivot 2021 (surcoût en 2022 par rapport à l'objectif 2021)	115.064
Masse indice pivot 2022	45.322
Sous-total	30.225.150
Accord social	250.000
Sous-total	30.475.150
Montant compensation recettes totales art. 111/82-2022	1.280.272
Proposition Objectif budgétaire pour 2022	31.755.422
(*) Il est fait référence ici à l'article 111 et suivants (anciennement article 81 et suivants) de l'arrêté royal du 1er février 2018, sur la base duquel l'État rembourse les médicaments généralement très coûteux et dont l'effet thérapeutique est encore incertain, afin que les patients puissent en bénéficier le plus rapidement possible.	

2 « La valeur actuelle de cet indice est obtenue par la soustraction de certains produits du panier de l'indice des prix à la consommation, à savoir les boissons alcoolisées (achetées en magasin ou consommées dans un café), le tabac et les carburants, à l'exception du LPG » Indice santé | Statbel (fgov.be)

3 Pour les salariés, c'est l'indice pivot qui s'applique (appliqué le 1er mois après dépassement de 2%).

4.2. Estimations techniques 2022

Les estimations techniques pour 2022, c'est-à-dire l'estimation des dépenses de santé en 2022 à politique inchangée, ont été réalisées sur la base de l'évolution des dépenses de santé pour la période 2015-2019 et sans tenir compte de l'année 2020 ou des cinq premiers mois de l'année 2021. L'impact de la COVID-19 sur ces chiffres rendrait le calcul de la tendance peu fiable. De même, les estimations techniques des dépenses de santé 2022 ne tiennent pas compte d'une éventuelle réduction des dépenses ou d'une éventuelle dépense supplémentaire résultant d'un possible rattrapage de soins différés ou de besoins de soins modifiés (COVID long, soins psychologiques, etc.) car ces effets sont actuellement difficiles à estimer.

Les estimations techniques permettent d'estimer les dépenses de santé pour 2022 à 31,6 milliards d'euros à politique constante. La marge budgétaire est le solde de l'objectif budgétaire moins les estimations techniques. Les estimations techniques de l'INAMI sont inférieures de 124 millions d'euros à l'objectif budgétaire normatif. En d'autres termes, une marge budgétaire de 124 millions est disponible pour accueillir de nouvelles initiatives politiques.

4.3. Budget des mesures COVID-19 hors objectif global du budget

En dehors de l'objectif budgétaire, le coût supplémentaire des mesures contre la COVID-19 est pris en compte. Ces coûts sont suivis séparément en raison de la nécessité de disposer d'informations politiques détaillées. Une intervention de l'État supplémentaire a été prévue à cet effet. L'impact attendu des mesures COVID-19 hors objectif est d'environ 1,5 milliard d'euros pour l'année 2021, selon les estimations de la mi-septembre 2021. Selon des hypothèses pour les mesures qui se poursuivent jusqu'en 2022, l'impact global attendu pour le 1er semestre de l'année 2022 devrait s'élever à 430,1 millions d'euros. Le surcoût doit être régulièrement contrôlé au cours de l'année 2022 car l'évolution des dépenses de santé suite à la pandémie ne peut être suffisamment estimée (les effets de la vaccination et des autres mesures d'une part, les surcoûts dus aux mutations du virus d'autre part).

Impact de la COVID-19 sur les dépenses de soins de santé

La pandémie du coronavirus a eu un impact considérable sur l'utilisation des soins qui se traduit par des variations importantes des montants totaux remboursés dans tous les secteurs des soins de santé depuis mars 2020 par rapport à 2019. La réduction totale des dépenses est estimée à 1,47 milliard pour l'année 2020 (INAMI, 2021b).

L'INAMI fournit un monitoring des dépenses COVID-19 depuis cette date pour suivre l'évolution des dépenses. Plusieurs enseignements nous semblent intéressants :

- Les prestations à distance chez les médecins représentent 14,6% du nombre total de prestations effectuées en 2020.
- Une diminution des dépenses totales en 2020 par rapport à 2019 est observée pour les secteurs des médecins (-0,2%), des dentistes (-12%), des kinésithérapeutes (-8%), des orthopédistes (-9%), des opticiens (-12%), des audiciens (-9%) et des logopèdes (-10%). Au contraire, il y a une augmentation des dépenses pour l'art infirmier (+7%), les prestations pharmaceutiques (+3,7%), les bandagistes (+1,7%) et les sages-femmes (+8%).
- Les dépenses en milieu hospitalier en 2020 sont inférieures de 4,1% par rapport à 2019, en raison notamment des honoraires des médecins qui ont été fortement impactés par la crise. Une intervention financière fédérale exceptionnelle de 2 milliards a été accordée aux hôpitaux généraux et psychiatriques pour faire face aux conséquences financières du report de soins.
- Pour les mesures présentant un coût supplémentaire par rapport à l'objectif budgétaire de 2020 (tests PCR, centre de triage, etc.), il est fait appel à un financement public supplémentaire. En 2020, ce financement équivalait à 1,2 milliard.

5. La proposition budgétaire du Comité de l'assurance et la décision du Conseil

Le gouvernement a suivi la proposition de budget du Comité de l'assurance et confirme la nouvelle méthodologie et les priorités pour 2022.

5.1. Dossier électronique et intégré du patient

Le dossier électronique partagé et sécurisé du patient est un élément charnière de l'élaboration d'un plan d'action transversal pour les prochaines années visant à améliorer le système de santé. Le Comité de l'assurance a demandé au Conseil général de s'engager fermement dans la mise en

œuvre du dossier électronique partagé sécurisé, avec un financement dès 2022 et des moyens extérieurs au budget des soins de santé en raison de sa nature et de son coût.

Le gouvernement a abordé cette question avec sa décision sur le budget des soins de santé 2022. Le Conseil général a décidé que l'introduction du dossier intégré, électronique et interprofessionnel du patient dans un environnement sécurisé sera l'un des domaines prioritaires de la Feuille de route e-Santé⁴ et de la Feuille de route *Health Data* 2022-2024 (l'objectif est de créer une autorité des données de santé belge, pour y parvenir, différents modules de travail ont été définis avec la création d'un comité d'usagers et d'un conseil d'administration réunissant toutes les administrations de santé concernées au niveau fédéral, les représentant-es des patient-es, les organismes assureurs et l'industrie) (Chambre des représentants de Belgique, 2021). Au total, via le plan de relance européen, 29 millions d'euros ont été alloués à l'INAMI, à investir jusqu'en 2025.

Tableau 2 : Moyens du plan de relance européen pour le dossier électronique intégré du patient (source : INAMI, 2021c)

	En milliers d'euros	
	2021-2025	2022
Action 1 : Soutenir la prise en charge pluridisciplinaire en mettant à disposition des kits de soins	5.000	1.250
Action 2 : Étendre la capacité de prescription électronique	5.000	1.250
Action 3 : Accroître la qualité des prescriptions et réduire les coûts au travers des systèmes d'aide à la décision clinique	4.000	1.000
Action 4 : Créer une vue intégrée des informations sur les médicaments distribués et activer l'utilisation des soins	4.000	1.000
Action 5 : Opérationnaliser les téléconsultations	4.000	1.000
Action 6 : Établir un écosystème des données de santé aligné avec les objectifs de la Commission Européenne sur l'ouverture des données publiques	7.000	1.750
Total	29.000	7.250

⁴ Celle-ci sera définie avec les priorités suivantes : « (1) à l'autonomisation des citoyens en augmentant la littératie et en mettant des données et des applications à la disposition des citoyens, (2) au soutien des soins intégrés, des soins multidisciplinaires et de l'interopérabilité en intégrant ces concepts dans toutes les applications, (3) à un dossier patient intégré (DPI) qui peut être utilisé entre les différentes lignes et (4) à une attention particulière au soutien des SSM (soins de santé mentale) » (Chambre des représentants de Belgique, 2021)

5.2. Nouvelles initiatives politiques en 2022

Le Conseil général a respecté la proposition de budget du Comité de l'assurance et plus particulièrement chacune des initiatives politiques proposées dans la marge budgétaire de 124 millions d'euros, à considérer comme un tremplin vers un budget pluriannuel et une politique plus interdisciplinaire (voir Tableau 3).

Différentes initiatives (pour certaines, encore à déterminer précisément) ont pu ainsi être financées dans la prévention secondaire et tertiaire (à travers les trajets de soins, les parcours de soins et les soins intégrés), l'amélioration de la qualité de vie, les soins appropriés et l'accessibilité financière. Pour le tiers-payant, la levée de l'interdiction intervient dès 2022 pour les soins médicaux en ambulatoire (avec l'obligation d'application du tarif conventionné).

Tableau 3 : Nouvelles initiatives politiques en 2022 (source : INAMI, 2021c)

<i>Objectifs de soins de santé et soins appropriés</i>		En milliers d'euros
Prévention secondaire et tertiaire, notamment par le biais de trajets de soins, de parcours de soins et de soins intégrés		
1	Pré-trajet du patient avec risque de diabète et suivi des patients diabétiques	5.000
2	Trajet de soins pour les enfants obèses	5.000
3	Trajet de soins périnataux (prénataux et postnataux) multidisciplinaires pour les femmes fragilisées, voir étude KCE 326	10.000
4	Parcours de soins autour du patient avant et après la transplantation d'organe abdominale	4.900
5	Plus de soins psychiatriques, mais aussi de soins somatiques pour les jeunes ayant des problèmes psychiatriques	5.000
6	Réduction des réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) en déployant une meilleure rééducation pulmonaire et augmentation de la qualité de vie des patients concernés en améliorant leurs capacités fonctionnelles	5.000
7	Divers projets dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire dans les soins de première ligne (post COVID-19)	13.730
Améliorer la qualité de la vie		
8	Advanced care planning	400
Appropriate care		
9	Soins de kinésithérapie adaptés aux besoins des patients atteints de paralysie cérébrale	820
10	Optimisation de l'utilisation des médicaments	3.500
11	Développement de l'hospitalisation de jour en supprimant les obstacles financiers	9.000
Accessibilité financière		
12	Catégorie de revenus supplémentaire MAF avec un plafond MAF réduit à 250 euros	13.300
13	Extension du système du tiers-payant	0
14	Accessibilité des soins bucco-dentaires	45.000
15	Frais de transport	3.000
	Total	123.650

5.3. Autres aspects du budget 2022

Un montant de 60 millions d'euros est prévu en dehors de l'objectif budgétaire pour couvrir le coût des mesures supplémentaires liées à la COVID-19. D'autres discussions auront lieu avec les régions sur la prise en charge des coûts, par exemple pour les vaccins et/ou les tests.

Certaines décisions techniques sont prises pour améliorer l'équilibre budgétaire du gouvernement fédéral :

- Les prévisions relatives aux litiges juridiques dans le Budget des moyens financiers sont réduites de 50 millions d'euros en 2022 ; ce montant est ventilé en 42,5 millions d'euros pour la partie INAMI et 7,5 millions d'euros pour la partie de l'État.
- Le montant des dépenses pour les traités internationaux sera réduit de 20 millions d'euros pour 2022.
- Les mesures proposées par le Comité de l'assurance le 4 octobre 2021, ainsi que les mesures décidées antérieurement, n'entreront pas en vigueur le 1er janvier 2022. Une somme de 50 millions d'euros ne sera donc pas dépensée en 2022.

En outre, conformément au trajet 2021-2024 défini par le gouvernement, des économies structurelles seront réalisées dans le secteur des spécialités pharmaceutiques. Pour 2022, 180 millions d'euros devraient être économisés pour cet objectif, en tenant compte des efforts réalisés en 2021 (qui ont été structurels). Selon les estimations techniques de l'INAMI, les mesures d'économies décidées pour 2021 s'élèvent à 152,6 millions d'euros en 2022. Le montant attendu des économies pour 2022 est donc de 27,4 millions d'euros, qui seront réalisées après une concertation avec le secteur pharmaceutique. Au cours de l'année 2022, les recettes des mesures d'économies ont été recalculées : sur un montant de 151,2 millions d'euros, au moins 28,8 millions d'euros de mesures d'économies supplémentaires devront finalement être prises.

6. Conclusion

Dans le cadre de la préparation du budget 2022, on a travaillé à une proposition de budget des soins de santé reposant sur davantage de données probantes) et partant des besoins de la population et des soins aux patients, avec une vision large de la santé. Dorénavant, les nouvelles initiatives seront mises en œuvre en concertation avec tous les acteurs-rices des soins de santé qui peuvent y contribuer, et

sur la base d'un suivi assorti de mécanismes d'ajustement et d'un éventuel abandon ultérieur des initiatives si elles ne répondent pas aux attentes.

Les mutualités soutiennent le processus autour d'un budget élaboré à partir d'une meilleure méthodologie, en travaillant sur des exemples de soins intégrés et en informant les patient-es, leurs membres, sur les pistes qu'offre notre système de santé, tout en garantissant la qualité et l'accessibilité. Parallèlement, nous sommes une force motrice pour la méthodologie et la gouvernance future d'un processus budgétaire adapté basé sur la co-construction avec toutes les parties prenantes (Cès, 2022).

Nous assumons également notre rôle dans la réalisation de la méthodologie et des premières initiatives politiques sur les politiques transversales en 2022. Du fait de notre présence dans chaque commission de convention, nous devons optimiser notre rôle de coordination et d'harmonisation intermutualiste.

Le budget 2022 permet de financer de nouvelles initiatives grâce à une norme de croissance réelle plus importante que les années précédentes. Néanmoins, la marge financière disponible est restée limitée. Dans les années à venir, il est primordial de maintenir une croissance réelle du budget suffisante pour assurer la viabilité du système de santé. En effet, de nombreux défis doivent pouvoir être relevés, en premier lieu celui de développer une offre de soins accessible financièrement qui puisse répondre aux besoins en soins grandissants liés au vieillissement démographique, au progrès médical et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Il reste également à résoudre des problèmes persistants importants comme la sous-utilisation structurelle des soins de santé par les populations vulnérables, une meilleure attractivité des métiers de soignant-es ou encore une meilleure intégration de soins. À cela vient s'ajouter la pandémie de COVID-19 qui a déstabilisé le système de santé par l'augmentation brutale des besoins en soins de la population en provoquant un report massif de soins hospitaliers, un moindre recours aux soins ambulatoires et des surcoûts importants. C'est pourquoi un effort d'investissement conséquent et soutenu dans la durée est nécessaire pour assurer une mobilisation sanitaire suffisante qui puisse répondre à la demande de soins et financer les nouveaux postes de dépense en plus d'éviter le gaspillage. Cette crise nous rappelle combien le système de santé joue un rôle essentiel dans notre société. Il constitue un bien commun qui ne doit pas seulement être préservé. Par des investissements appropriés, le système de santé doit être davantage développé pour assurer à tou-tes

l'accès à des soins de qualité. Dans les prochaines années, les choix budgétaires seront décisifs pour permettre à chacun d'entre nous de recevoir les soins dont il a besoin.

Un large débat sociétal est nécessaire pour répondre aux questions suivantes : Quels sont les objectifs politiques

principaux par rapport à la façon dont on répond aux besoins sociaux essentiels (éduquer, soigner, préserver notre environnement vital, etc.) ? Avec quelles valeurs nous les poursuivrons ? Et enfin, combien de moyens est-on prêt à mobiliser pour répondre à ces besoins essentiels ?

Bibliographie

- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2.
- Chambre des représentants de Belgique. (2021). *Note de politique générale Santé publique 28 octobre 2021. DOC 55 2294/003*.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., & Hanson, S. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006-2017.
- INAMI. (2020). Note_CGSS_066.
- INAMI. (2021a). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024 Rapport intermédiaire*. Bruxelles: INAMI.
- INAMI. (2021b). *Monitoring COVID-19 L'impact de la COVID 19 sur le remboursement des soins de santé Rapport 2020*. Bruxelles: INAMI.
- INAMI. (2021c). Note CGSS_2021/069.
- INAMI. (2021d). Note_CSS_2021/276.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport final*. Bruxelles: INAMI.
- Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-informations*, 281.
- Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). L'évolution des dépenses relatives aux médicaments remboursables délivrés dans les pharmacies hospitalières aux patients ambulatoires. *MC-Information*, 285, 4-20.
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., . . . Verleye, L. (2021). *Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) KCE Reports 343.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

La co-construction des politiques de soins de santé

Sophie Cès – Service d'études

Remerciements à Alessandro Rancati – Joint Research Centre (JRC) de la Commission Européenne

Résumé

Le but de l'article est de soutenir la réflexion sur les changements à opérer pour améliorer la gouvernance des politiques de soins de santé. La co-construction réfère à la collaboration entre les différent·es d'acteur·rices concerné·es autour de problématiques complexes de santé publique et de performance du système de santé en vue d'élaborer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires communs pour le système de santé et d'en évaluer leurs effets. Cette nouvelle mission requiert un processus de concertation adapté qui soit plus à même de mobiliser les ressources existantes au sein du système de santé. L'enjeu est de permettre à la fois le décroisement des savoirs et des perspectives dans un processus de réflexion collective afin de favoriser l'innovation. La première partie présente les principes sur lesquels s'appuyer pour mettre en place une gouvernance participative. En raison de la complexité, de l'ampleur et de la diversité des enjeux et du caractère nouveau de l'approche participative, un soutien méthodologique s'avère indispensable. La deuxième partie décrit les approches méthodologiques pertinentes pour mettre en place une collaboration efficace pour élaborer les politiques de soins de santé. En particulier, les approches fondées sur le Design offrent un cadre méthodologique à la fois complet pour répondre aux nombreux défis que posent la participation des acteur·rices et adapté aux problématiques des soins de santé.

Mots-clés : Gouvernance, participation, innovation, système de santé, approches fondées sur le Design, complexité

1. Introduction

Par son impact majeur sur l'ensemble de la société, la crise sanitaire a rappelé l'importance des soins de santé en tant que biens communs essentiels. Le contexte actuel se caractérise par un accroissement rapide des besoins en soins de santé dû à l'évolution épidémiologique (avec le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité, la pandémie) et l'apparition de nouveaux besoins liés aux progrès médicaux et technologiques. Face à ces nombreux défis, le cadre budgétaire et les priorités d'investissement qui seront choisis dans les années à venir auront un impact déterminant sur la capacité du système de santé à assurer, à chacun d'entre nous, l'accès à des soins de qualité tel que défini par la Couverture Sanitaire Universelle : « que toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels et nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateur·rices à des difficultés financières, avec un accent particulier sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés » (Nations Unies, 2019, p. 1, nous traduisons).

Pour faire face aux évolutions rapides des besoins en soins de la population, il est donc primordial de renforcer la capacité d'adaptation du système de santé en améliorant la gouvernance au niveau budgétaire. En effet, les choix budgétaires posés chaque année pour l'assurance soins de santé traduisent les grandes orientations politiques qui dessinent ce que seront les soins de santé dans les prochaines années.

Le système belge de sécurité sociale, de type 'bismarckien', est géré par les employeur·euses et les travailleur·euses qui en sont les financeur·euses majoritaires à travers les cotisations sociales. Pour l'assurance soins de santé, la concertation sociale est élargie aux mutualités et aux représentant·es des prestataires de santé et institutions de soins (Lambert, 2020). Les partenaires de santé (les mutualités et les représentant·es des prestataires et des organisations de santé) disposent d'une relative autonomie pour la gestion de l'assurance soins de santé au sein du Comité de l'assurance, celle-ci étant subordonnée au

cadre budgétaire décidé au Conseil général (où siègent les partenaires sociaux, les mutualités, les représentant·es du gouvernement) (Reman & Feltesse, 2003). Une des limites du dispositif de concertation actuel est qu'il exclut la possibilité d'aborder des problématiques transversales de santé, c'est-à-dire qui dépassent les problèmes spécifiques à chaque secteur professionnel de santé (par exemple l'intégration des soins ou encore l'accès financier aux soins) car la concertation budgétaire annuelle est organisée en silo, par secteur professionnel. L'enjeu de l'amélioration de la gouvernance est de permettre une réflexion collective plus large sur l'utilisation des moyens dégagés par la norme de croissance budgétaire et sur les possibilités d'amélioration de l'efficacité du système de santé. Un autre axe d'amélioration défendu par les mutualités est le fait d'assurer une meilleure cohérence des investissements dans le temps en adoptant une vision stratégique à long terme pour le système de santé. C'est pourquoi, dans le cadre de la réforme du budget, des transformations de la gouvernance dans le cadre des missions du Comité de l'assurance s'imposent pour élaborer des politiques de soins de santé¹ cohérentes et intégrées afin de mieux coordonner les efforts collectifs et financiers pour répondre aux besoins sanitaires croissants de la population. Cet article vient en appui à la réflexion qui est en cours et pour laquelle une décision du gouvernement est encore attendue. Il s'agit avant tout de proposer un cadre théorique assorti d'un ensemble de propositions pratiques pour nourrir la réflexion sur la gouvernance.

Le but de cet article est de présenter les principes sur lesquels s'appuyer pour améliorer la gouvernance et les approches méthodologiques qui pourraient être mobilisées pour soutenir l'élaboration des politiques des soins de santé. La première partie explique la nécessité de la co-construction des politiques de soins de santé, une condition préalable à l'introduction de la dynamique nécessaire pour adapter le système de santé, et les implications relatives à la gouvernance. La deuxième partie décrit des approches méthodologiques possibles pour soutenir la co-construction. En effet, de nombreux défis se posent pour mener à bien la réflexion sur les politiques de soins de santé car, pour les parties prenantes du système de santé, elle constitue une nouvelle mission. Notre article vise donc à répondre à deux questions : selon quels principes améliorer la gouvernance pour l'élaboration des politiques de soins de santé ? Quelles méthodologies pourraient être mobilisées pour réfléchir collectivement aux politiques de soins de santé ?

1 Les politiques de soins de santé réfèrent dans cet article à l'organisation des prestations de soins de santé (excluant la problématique du financement des soins de santé).

2. Les différents leviers pour améliorer la gouvernance du système de santé

2.1. Cadre conceptuel de la gouvernance du système de santé

Le cadre conceptuel de la gouvernance développé par l'Observatoire européen des politiques et des systèmes de santé définit les axes sur lesquels agir pour améliorer l'efficacité des politiques publiques dans le secteur des soins de santé : « le but de l'amélioration de la gouvernance est d'améliorer la performance des politiques, c'est-à-dire des politiques mieux formulées et mises en œuvre » (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 43, nous traduisons). La gouvernance s'articule autour de cinq dimensions : la transparence, la responsabilité, la participation, l'intégrité et la capacité politique.

- **La transparence** signifie que « les institutions informent le public et les autres acteur·rices des décisions à venir et des décisions qui ont été prises, ainsi que du processus et des motifs sur lesquels les décisions sont prises » (idem, nous traduisons). Si les patient·es, les citoyen·es, les investisseur·euses et les autres organisations savent comment, quand et pourquoi les décisions sont prises, ils seront en mesure de planifier en conséquence et de déterminer comment apporter leurs points de vue et leurs connaissances, ou contester les décideur·euses politiques. Les modalités d'implémentation de la transparence peuvent être variées dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance de l'assurance soins de santé. Il s'agit surtout de garantir que l'ensemble des acteur·rices du système de santé (des expert·es, des représentant·es d'associations, etc.) puissent disposer des informations stratégiques suffisamment précises et complètes pour pouvoir contribuer de façon adéquate à l'élaboration des politiques de soins de santé et à leur évaluation.
- **La responsabilité** diffère de la transparence, elle implique le devoir d'informer, d'expliquer les actions entreprises et d'assurer un suivi de leur impact.
- **La participation** signifie que « les parties concernées ont accès à la prise de décision et au pouvoir, de sorte qu'elles acquièrent un intérêt significatif dans le travail de l'institution » (idem, nous traduisons). Les budgets communs sont un exemple de mécanisme participatif.

- **L'intégrité** signifie « une répartition claire des rôles et des responsabilités et un processus clair les reliant. Cela signifie que les processus de représentation, de prise de décision et d'exécution devraient être clairement précisés. Tous les membres devraient être en mesure de comprendre et de prévoir les processus par lesquels une institution prendra des décisions et les appliquera; les personnes devraient avoir une répartition claire des rôles et des responsabilités » (idem, nous traduisons). Les mécanismes d'intégrité peuvent prendre la forme de mandats législatifs, de procédures (comptes rendus de réunion, règles de déroulement de réunion, etc.), d'audits ou encore de budgets.
- **La capacité politique** : « la capacité d'élaborer des politiques alignées sur les ressources dans la poursuite des objectifs » (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 39, nous traduisons). La capacité politique désigne l'ensemble des ressources utilisées pour « identifier, formuler, implémenter et évaluer les solutions aux problèmes publics » (Forest, Denis, Brown, & Helms, 2015, p. 1, nous traduisons). Les mécanismes pour améliorer la capacité politique sont par exemple l'analyse de la performance par rapport à l'identification des problèmes existants et des effets produits par les politiques qui sont menées ou encore la compréhension du système notamment les problèmes légaux ou budgétaires et la formation des professionnel·les impliqués dans l'élaboration des politiques.

Ces cinq dimensions fournissent un cadre pour réfléchir aux améliorations possibles de la gouvernance sans pour autant en déterminer les modalités d'application précises.

2.2. Définition de la co-construction

La co-construction se définit comme « un processus volontaire et formalisé par lequel deux ou plusieurs acteurs parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, etc. » (Foudriat, 2019, p. 17). Dans le contexte de la politique de soins de santé, la co-construction réfère à la collaboration entre les différent·es d'acteur·rices concerné·es autour de problématiques complexes de santé publique et de performance du système de santé en vue d'élaborer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires communs pour le système de santé et d'en

évaluer leurs effets. La co-construction des politiques de soins de santé constitue ainsi une nouvelle mission visant à améliorer le système de santé de façon dynamique. D'une part, cette approche a l'avantage de répondre concrètement au problème actuel de concertation en silo (cf. introduction). D'autre part, selon l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Observatoire Européen des systèmes de santé (Greer, Wismar, & Figueras, 2016; Organisation Mondiale de la Santé, 2016), cette nouvelle forme de gouvernance serait plus adéquate pour répondre aux nombreux défis posés pour le système de santé. En effet, la complexité du système, l'incertitude, la constante évolution, la multitude d'acteur·rices, etc. invite à repenser la gouvernance des systèmes de santé. L'enjeu est de mettre en place un processus de concertation efficace afin de mobiliser les ressources existantes par le décloisonnement des savoirs et des perspectives et favoriser ainsi l'innovation.

2.3. Le système de santé, un écosystème complexe

L'axe central de la co-construction est la participation des différent·es acteur·rices du système de santé dans l'élaboration des politiques de soins de santé. Celui-ci se justifie par la nature même du système de santé qui doit être appréhendé comme un écosystème complexe (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), comprenant une multitude d'acteur·rices interagissant et s'influençant mutuellement directement ou indirectement avec des priorités et intérêts différents. Le principal défi pour introduire des améliorations dans un système complexe est que son comportement n'est pas prévisible : « Étant donné que les éléments sont variables, les relations non linéaires et le comportement émergent et sensible aux petits changements, le comportement détaillé de tout système complexe est fondamentalement imprévisible dans le temps. En fin de compte, la seule façon de savoir exactement ce qu'un système complexe fera est de l'observer : il ne s'agit pas de mieux comprendre les agents, de meilleurs modèles, ou de plus d'analyse » (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 626, nous traduisons). Dans ce contexte, l'OMS souligne l'intérêt d'un leadership participatif par rapport à un leadership individuel. Au-delà des considérations démocratiques, l'OMS constate qu'un

système complexe « doit s'appuyer sur des perspectives conjointes et des forces diverses à travers le système pour un fonctionnement non linéaire mais bien coordonné. "Distribué mais pas déconnecté" serait le modèle d'un tel leadership participatif » (Organisation Mondiale de la Santé, 2016, p. 13, nous traduisons). Cette nouvelle approche trouve ses racines dans la philosophie de l'action collective, l'expérimentalisme qui « s'appuie sur l'idée que l'action collective gagne en efficacité et en capacité d'anticipation quand elle élargit les possibilités de participation des différents acteurs concernés et qu'elle tire parti de la connexion plus intense qu'engendre cette participation entre l'engagement partagé et les apprentissages situés² » (Maesschalck, 2021, p. 3). Dans le contexte des soins de santé, en particulier, l'interdisciplinarité et l'approche systémique sont nécessaires pour aborder les problèmes complexes³. La détermination d'objectifs partagés pour le système de santé pour définir une vision stratégique à long terme vient compléter le dispositif pour co-construire les politiques de soins de santé.

La partie suivante explique de quelle façon la co-construction des politiques de soins de santé intègre ces différentes dimensions interreliées tout en proposant une forme plus dynamique de modèle de gouvernance participatif.

2 Les apprentissages situés résultent d'un processus social inscrit dans un contexte particulier : par exemple le lieu de travail fournit un cadre dans lequel un certain nombre d'apprentissages pourront se faire, par rapport aux règles, comportements, valeurs, etc.

3 The Cynefin Framework® (cynefincentre.com). Les problèmes peuvent être de quatre natures différentes : simples (un lien clair entre la cause et l'effet) dont la réponse sont les best practices, compliqués (des causes multiples nécessitant des avis d'experts pour déterminer un lien de cause à effet), complexes (pas de relation de cause à effet identifiable hors contexte, résultats non prévisibles et émergents), chaotiques (pas de relation de cause à effet identifiable).

2.4. Des priorités partagées

2.4.1. Une vision stratégique à long terme pour le système de santé

La fixation d'objectifs permet d'adopter une vision stratégique à long terme et offre ainsi les outils indispensables à l'orientation et à la coordination des politiques de santé (qui désignent l'ensemble des politiques publiques ayant impact sur la santé de la population, incluant les politiques relatives aux soins de santé). La poursuite d'un but commun est une des conditions nécessaires à la co-construction (Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020).

Dans le cadre de la politique des soins de santé, cette approche vise l'amélioration de la performance du système de santé par une meilleure cohérence des investissements et des programmes d'action avec les multiples défis qui se posent pour répondre à l'ensemble des besoins de soins de la population. Elle s'inscrit ainsi dans la continuité logique de l'évaluation de la performance du système de santé qui vise à « informer les autorités de la santé quant à la performance du système de santé, et mettre en évidence d'éventuels problèmes » (Vrijens, Renard, Walkiers, Meeus, & Léonard, 2014, p. 84). Outre l'amélioration de la performance du système de santé, la poursuite d'objectifs de santé prioritaires pour répondre à des problématiques de santé publique en coordination avec les autres politiques publiques vient également compléter la vision stratégique à long terme pour le système de santé.

L'approche par objectif permet d'agir dans les cinq dimensions de la gouvernance. Le but est d'intégrer de façon explicite et directe, dans les procédures de concertation au niveau budgétaire, la recherche de résultats de santé publique et de performance du système de santé. La mise en avant d'objectifs à atteindre offre l'occasion de rassembler différentes expertises et perspectives de façon décloisonnée, où chaque acteur peut à la fois apporter ses réflexions dans son champ de compétence et bénéficier de l'apport des autres participant-es (cf. partie 2.3.1). La détermination d'objectifs crée ainsi l'opportunité d'améliorer la capacité d'innovation en permettant de réunir l'ensemble des acteur-rices concerné-es pour résoudre les problèmes complexes et de les aborder de la façon la plus complète possible par rapport aux multiples causes possibles (au lieu

de partir directement dans une réflexion uniquement centrée sur un seul type d'action). Cette nouvelle façon de structurer la réflexion budgétaire et les politiques de soins de santé autour d'objectifs partagés est plus à même de favoriser l'émergence de propositions innovantes, transversales, pluridisciplinaires et coordonnées. Elle permet également de motiver les acteur-rices et de concentrer les efforts collectifs tout en les responsabilisant. Enfin, l'explicitation d'objectifs pour le système de santé est aussi un moyen de lutter contre l'instabilité des choix politiques dans le temps. La continuité des politiques de soins de santé se trouve renforcée par la perspective à long terme. Ces politiques peuvent ensuite être évaluées et ajustées à court et moyen terme selon des critères plus stables, objectifs et transparents. La détermination d'objectifs pour le système de santé est donc aussi un moyen d'améliorer la transparence sur les priorités au niveau macro. Les objectifs rendus publics permettent d'éclairer les acteur-rices concerné-es sur les choix qui sont faits par rapport aux investissements prioritaires, aux actions privilégiées et de faire le lien avec les problèmes visés et les valeurs du système de santé.

Ainsi, l'élaboration des politiques des soins de santé relève avant tout d'un processus d'ajustement dynamique à court et moyen terme au sein d'un cadre structurant formalisé d'objectifs à long terme.

2.4.2. Les objectifs SMART

Pour le système de soins de santé, il y a tout d'abord les grandes priorités qui sont énoncées au travers de l'accord gouvernemental et le *Quintuple Aim* et les objectifs « SMART » qui devraient encore être déterminés (INAMI, 2022) :

- Spécifique c'est-à-dire clairement défini, sans ambiguïté,
- Mesurable c'est-à-dire quantifiable par un indicateur,
- Atteignable compte tenu des actions possibles, du problème posé (par exemple, une réduction de 80% de la prévalence du diabète n'est pas atteignable),
- Réaliste c'est-à-dire faisable compte tenu de l'échelle de temps,
- Temporellement défini c'est-à-dire avec une échéance temporelle précise (Ogbeiwi, 2016; Ogbeiwi, 2017).

Ce type d'objectif se résume en un résultat, un indicateur, une valeur cible⁴ et une échelle de temps (Ogbeiwi, 2017). Il définit les résultats tangibles futurs à atteindre pour le système de santé qui peuvent être évalués. La détermination

4 Une cible désigne la valeur numérique d'un indicateur, elle n'est pas en soi un objectif (Ogbeiwi, 2016).

d'objectifs SMART ne relève pas d'une science exacte, c'est avant tout d'un outil à la fois symbolique et pratique pour stimuler et inspirer les parties prenantes (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Trois types d'objectifs peuvent être distingués selon la nature des résultats visés (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) qui peuvent être déclinés au niveau macro (national), méso (au niveau des organisations de soins ou local) et au niveau micro (prestataires de soins, patient-es) :

- Les objectifs stratégiques
 - Les objectifs de résultats finaux visent l'amélioration de l'état de santé (la mortalité, la morbidité) ou encore de la qualité de vie.
 - Les objectifs de résultats intermédiaires portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs finaux (comme par exemple, l'accès aux soins, la littératie en santé, les habitudes de vie).
- Les objectifs opérationnels
 - Les objectifs de processus portent sur la façon dont les soins sont délivrés pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité. Ce sont les actions à mener pour atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes.
 - Les objectifs de structure et d'organisation portent sur des modifications dans la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.

2.4.3. Une approche orientée sur les problèmes et ses limites

La formulation d'objectif SMART est une approche orientée sur les problèmes. Elle débute par l'analyse de la situation actuelle pour identifier les problèmes, pour ensuite sélectionner ce qui doit être amélioré et déterminer les actions à entreprendre (Ogbeiwi, 2021). Il est ainsi possible de formuler des objectifs SMART en partant des problèmes déjà bien documentés et quantifiés (comme par exemple les infections nosocomiales).

Le nombre d'objectifs SMART doit être limité pour bien circonscrire le problème posé au départ avec des ajouts éventuels au fur et mesure de la réflexion (en particulier pour les objectifs opérationnels). Il faut veiller à ne pas tomber dans l'excès d'objectifs pour une problématique particulière car il s'agit avant tout d'un outil pour guider la

réflexion sur l'amélioration des soins de santé (pour définir des actions et mesurer les progrès réalisés) et non pas d'un outil de contrôle. En complément, il peut être intéressant de suivre d'autres indicateurs mais ils doivent être bien distingués des objectifs SMART.

La première limite à ce type d'approche est liée au fait que tous les problèmes ne sont pas mesurés ni mesurables. C'est la raison pour laquelle les politiques de soins de santé doivent également être guidées par des objectifs plus généraux non quantifiés pour ne pas rétrécir le champ de la réflexion politique et occulter certains domaines importants (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017). En effet, certains problèmes complexes ne peuvent pas être appréhendés à travers une seule mesure. L'intégration des soins ou la centralité des soins sur le-la patient-e sont, par exemple, difficilement quantifiables (Champagne et al., 2005). D'autre part, même en matière de problèmes quantifiables, la performance du système de santé ne peut pas faire l'objet d'une évaluation exhaustive à un instant donné et ce d'abord pour des raisons techniques (par exemple la limite de la disponibilité des données ou des ressources dédiées à l'évaluation). La construction d'indicateurs de performance est également un domaine qui doit évoluer régulièrement en fonction de nouveaux questionnements théoriques possibles, de l'apparition de nouvelles problématiques sociétales, de l'évolution technologique (des nouvelles possibilités de collectes de données ou encore de croisement des bases de données existantes), du progrès médical, de modifications du cadre juridique, des changements dans l'organisation des soins de santé, etc. Cela signifie qu'il est aussi important que la réflexion autour des politiques de soins de santé puisse en retour faire évoluer le contenu de l'évaluation de la performance du système, que le travail puisse être coordonné avec le niveau de l'élaboration des politiques, notamment pour la construction d'indicateurs encore actuellement manquants ou nouvellement indispensables. Il faut cependant noter que de nombreux indicateurs⁵ existent déjà et permettent déjà la formulation d'objectifs SMART, par exemple, au niveau supranational, concernant l'état de santé, l'accessibilité et la promotion de la santé (même s'ils doivent parfois être adaptés au contexte épidémiologique belge). Au niveau fédéral, certains objectifs SMART sont déjà formulés par des acteurs scientifiques, notamment par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), sous la forme de recommandations de résultats de long terme à

5 La qualité des indicateurs (notamment concernant la fiabilité et la validité) est une question incontournable qui doit être traitée pour faire le choix d'indicateurs.

atteindre ou par des acteurs administratifs tels que l'INAMI à un niveau plus opérationnel, de court terme (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Par ailleurs, la focalisation sur les indicateurs peut aussi limiter la réflexion autour d'un objectif étroit tel qu'il est formulé pour définir des actions trop ciblées et risque de ne pas réussir à prendre en compte l'entière d'une problématique. Par exemple, lorsque l'indicateur est calculé pour une population ou une pathologie particulière (comme le dépistage du cancer du sein dans la population vulnérable), cela ne signifie pas pour autant que le problème soulevé ne concerne pas une population ou un ensemble de pathologies plus large qui serait également susceptible de bénéficier des actions. Le risque est le morcellement de la politique de soins de santé sous la forme de la multiplication de programmes d'action d'envergure limitée avec de faibles rendements d'échelle ou qui ne répondent que partiellement aux problèmes. C'est pourquoi, il est essentiel de bien définir et circonscrire le problème à résoudre avant d'élaborer un programme d'actions. Pour ce faire, la réflexion doit être encadrée par un soutien méthodologique (cf. partie 3.1) car les objectifs SMART ne constituent qu'un outil parmi d'autres pour parvenir à des politiques pertinentes susceptibles d'aboutir à des améliorations réelles du système de santé.

Un autre risque est lié au fait d'obtenir une liste non structurée de multiples objectifs sans vision globale stratégique parce que non rattachés aux priorités et aux valeurs sous-jacentes. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de construire une vision structurée des objectifs et des programmes d'actions (Ogbeiwi, 2021). Cette synthèse structurée n'a pas de forme unique car elle doit pouvoir se décliner en fonction du point de départ du problème :

- Par exemple, l'objectif de la lutte contre la sous-utilisation des soins dentaires (un objectif stratégique de résultat intermédiaire, les soins de santé étant un des déterminants de santé cf. partie 2.2.1) peut avoir un programme d'action dans différents domaines comme l'accès financier, la promotion de la santé, la disponibilité de l'offre de soins, etc.
- L'amélioration de l'accès financier (un autre objectif de résultat intermédiaire) pourrait être présentée de façon à avoir une vue d'ensemble des mesures dans cette dimension de la performance, c'est-à-dire en incluant les mesures spécifiquement décidées pour les soins dentaires à côté d'autres mesures possibles (de protection financières ou spécifiques à certains soins de santé).

Ces différentes synthèses structurées aideraient notamment à identifier les possibles interactions ou contradictions entre des actions qui poursuivent des objectifs différents.

2.4.4. Une vision stratégique et les dimensions de la performance du système de santé

La vision stratégique pour le système de santé est tout d'abord encadrée par le *Quintuple Aim* qui relève davantage d'un cadre de valeurs (Schokkaert, et al., 2022; Mahieu, Cès, & Lambert, 2022; INAMI, 2022). Il faut noter également qu'il s'agit d'un cadre pour guider la réflexion qui devrait être davantage défini et adapté pour refléter au plus près les priorités de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ces priorités se traduisent nécessairement par des compromis compte tenu, d'une part, du caractère limité des ressources et, d'autre part, de la possibilité d'interactions entre les différents objectifs (Schokkaert, et al., 2022).

En complément du *Quintuple Aim*, des priorités sous la forme d'objectifs généraux⁶ de santé et de performance du système de santé sur l'accessibilité financière ont été formulées par le gouvernement en début de législature. L'accord de gouvernement formule les objectifs suivants : « de réduire, d'ici 2030, de minimum 25% les inégalités de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées en matière d'espérance de vie en bonne santé, de réduire le taux de mortalité évitable de 15%, et de revenir dans le "top 10" européen en ce qui concerne le nombre d'années de vie en bonne santé, tout en garantissant une très bonne accessibilité et une bonne couverture » (Accord de gouvernement, 2020). En 2021, un appel à initiatives a permis d'identifier un ensemble de problématiques importantes pour améliorer le système de santé. Les domaines retenus sont : les soins préventifs et maladies chroniques, l'accessibilité des soins, les trajets de soins, la santé mentale, les soins intégrés (INAMI, 2021).

Les objectifs SMART (qui restent à formuler) constituent, quant à eux, un des points de départ possibles de la réflexion autour des politiques de soins de santé (cf. partie 2.2.2.) et sont définis dans le but de déterminer des actions. L'implémentation des actions peut s'étaler sur plusieurs années en fonction des possibilités budgétaires tant que l'objectif n'est pas atteint et qu'il existe encore un potentiel d'amélioration des soins de santé.

6 « Les objectifs généraux sont des buts généraux ou des déclarations sur l'impact à long terme attendu d'une intervention, les visions futuristes et les objectifs généraux d'une organisation » (Ogbeiwi, 2021, p328, nous traduisons).

Le cadre conceptuel développé pour évaluer la performance du système de santé fournit une structure logique détaillée et directement utilisable pour réfléchir de façon plus précise aux améliorations possibles du système de santé, à la fois pour identifier les domaines d'action possibles et les problèmes de performance à résoudre (des signaux d'alerte sont indiqués) (Devos, et al., 2019). Des effets contradictoires sont possibles entre les dimensions (comme pour le *Quintuple Aim*). C'est pourquoi il est indispensable de structurer les objectifs SMART et des actions à mettre en œuvre pour les atteindre en fonction des différentes dimensions pour s'assurer de la cohérence globale interne et anticiper les interactions et les effets négatifs possibles entre les dimensions. Cela permettrait de garantir également que certaines dimensions de la performance des soins ne soient pas simplement occultées. D'autre part, il est aussi utile de structurer l'ensemble des objectifs SMART en lien avec le Quintuple Aim et les objectifs généraux formulés dans l'accord de gouvernement.

Le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du système de santé (Devos, et al., 2019) recoupe la définition de la Couverture Sanitaire Universelle, le but à atteindre pour tout système de santé, au travers de trois dimensions principales : l'accessibilité (incluant l'accessibilité financière), la qualité des soins (comprenant l'efficacité, l'adéquation, la sécurité, la continuité des soins et la centralité des soins) et l'équité. Deux autres dimensions sont ajoutées, l'efficacité et la soutenabilité incluant les projections de l'évolution future de l'offre et la demande de soins et la soutenabilité financière par rapport aux dépenses futures et à leur financement. L'efficacité n'est pas directement liée à la Couverture Sanitaire Universelle. Toutefois, compte tenu du caractère limité des ressources budgétaires au niveau macro, l'amélioration de l'efficacité est un moyen incontournable pour améliorer le système de santé. En revanche, la soutenabilité financière ne peut faire l'objet d'objectifs SMART pour plusieurs raisons. La première est qu'elle ne peut être directement traitée dans le cadre des missions du Comité de l'assurance car elle ne relève pas de sa responsabilité directe. La deuxième raison est théorique, la soutenabilité financière est une question économique complexe qui ne peut être tranchée à l'aide d'indicateurs seuils qui supposeraient l'existence d'un seuil théorique absolu ou acceptable. En outre, cette question renvoie aussi à des choix économiques guidés par des valeurs sociétales, notamment en termes de justice sociale, d'éthique et de solidarité. La crise sanitaire a montré à quel

point la garantie de l'accès aux soins pour les besoins les plus urgents a prévalu sur les répercussions économiques. Pour l'OMS : « un bon système de financement de la santé mobilise des fonds adéquats pour la santé, de manière à ce que les populations puissent recourir aux services nécessaires et soient protégées de la catastrophe financière ou de l'appauvrissement liés au fait de devoir les payer » (Organisation Mondiale de la Santé, 2007, p. 6, nous traduisons). Par ailleurs, la soutenabilité environnementale devrait aussi pouvoir être considérée à un niveau plus opérationnel.

Ainsi les objectifs SMART peuvent être formulés à partir de l'évaluation de la performance du système de santé. En complément, de multiples études peuvent aussi être utilisées pour la formulation d'objectifs SMART.

Le processus décisionnel pour déterminer des objectifs SMART pour le système de santé est une question centrale stratégique qui devrait faire l'objet d'une analyse approfondie⁷. Un facteur important de succès de cette approche est le fait que ces objectifs soient partagés par un ensemble large d'acteur·rices (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) et que les programmes d'action soient élaborés en concertation avec les acteur·rices concernés. Ce sont des objectifs participatifs, ceux-ci s'opposant aux objectifs technocratiques, définis de façon top-down ou aux objectifs autodéterminés (Ogbeiwu, 2021).

2.5. La participation étendue des acteur·rices

Dans l'étude réalisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), les attributs d'un bon leadership les plus cités étaient l'esprit d'équipe, informé et adaptatif. Le premier attribut se construit avec l'ensemble des acteur·rices concerné·es, le deuxième représente un enjeu majeur pour améliorer la gouvernance (cf. partie 2.3.1) et le troisième est essentiel pour opérer les transformations nécessaires du système de santé pour intégrer le progrès médical et technologique et être à même de répondre adéquatement à des changements brutaux dans les besoins sanitaires (il faut noter aussi que ces qualités doivent être présentes dans les autres niveaux de gouvernance du système).

La participation étendue des acteur·rices dans l'élaboration des politiques de soins de santé est avant tout le moyen de disposer d'une analyse plus complète des problèmes

7 A noter que cette question n'a pas pu être abordée car elle requiert des développements trop longs pour un seul article.

considérés en permettant en particulier l'expression des différentes perspectives et la connaissance de l'expérience de terrain des professionnel·les de santé et des utilisateur·rices des services. Elle favorise également une dynamique de réflexion collective autour d'un problème donné qui va bien au-delà de la simple expression des points de vue respectifs des participant·es, en particulier par la constitution d'un savoir commun. La recherche collective de solutions favorise l'innovation par la stimulation de la créativité et des changements dans les représentations des acteur·rices (par rapport au problème visé, au contexte ou encore aux solutions envisageables).

2.5.1. Le décroisement des savoirs

La complexité des problématiques de santé que ce soit à l'échelle d'une population, d'une communauté ou d'un individu, implique que les choix en matière de politiques de santé s'appuient sur un ensemble diversifié d'éléments tels que des valeurs, des connaissances scientifiques, les points de vue des acteur·rices concerné·es tout en intégrant les incertitudes inhérentes. Un des enjeux de l'élaboration des politiques de soins de santé est tout d'abord la mobilisation adéquate des savoirs existants, en particulier les connaissances tacites basées sur l'expérience, intuitives et dépendantes du contexte, issues de sources différentes (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

Dans le champ de la santé, le premier défi est de permettre une meilleure intégration des connaissances scientifiques dans la réflexion, c'est-à-dire réussir à mobiliser de façon adéquate l'expertise scientifique en accordant une place suffisante au savoir scientifique, en tenant compte de façon suffisamment exhaustive des apports scientifiques et en permettant une appropriation des connaissances par les acteur·rices. Outre les contextes très différents (les horizons temporels, les incertitudes, les questionnements, etc.), la difficulté réside notamment dans le fait que le domaine politique diffère radicalement de celui de la science au sens où les problèmes sont abordés de façon radicalement différente. Du côté de la science, les problèmes sont abordés sous un angle technique alors que les décideur·euses politiques les appréhendent davantage comme un processus de négociation de solutions pour avoir le soutien majoritaire (Sienkiewicz & Mair, 2020). Les choix politiques ne peuvent toutefois pas être guidés uniquement par la perspective scientifique. La prise de décision politique doit également tenir compte d'un ensemble varié de considérations non moins recevables, telles que les valeurs sociétales comme l'équité, la solidarité ou encore l'éthique, le cadre législatif, le contexte social, économique, les points de vue des

acteur·rices impacté·es directement ou indirectement, etc. La crise sanitaire illustre particulièrement bien la nécessité de tenir compte d'un ensemble large de points de vue et d'intérêts afin de s'assurer que la prise de décision politique soit suffisamment éclairée (par une meilleure anticipation de l'ensemble des conséquences potentielles et un choix argumenté). Dans un contexte d'urgence, la difficulté de l'exercice de concertation est exacerbée par le besoin de réaction rapide de la part des décideurs politiques.

L'enjeu est en premier lieu d'ordre procédural pour s'assurer que les apports scientifiques ne soient pas occultés dans le processus d'élaboration des politiques de soins de santé afin de prévenir autant que possible le risque de désinformation, de méconnaissance des sujets abordés ou des difficultés ou encore des mauvaises perceptions. En deuxième lieu, il s'agit également de favoriser l'appropriation des apports scientifiques par les acteur·rices pour soutenir la réflexion collective (par exemple, sur le bon usage des indicateurs). La mobilisation de l'expertise scientifique est aussi un moyen de mieux distinguer ce qui relève de la connaissance scientifique de ce qui se rapporte à des valeurs, des croyances ou des intérêts particuliers. Une partie seulement de l'ensemble de la production scientifique est cependant utile, c'est-à-dire construite pour répondre à des préoccupations politiques. Ce critère est important à considérer dans une perspective de long terme pour permettre une collaboration plus étroite entre les acteurs politiques et la recherche scientifique et renforcer ainsi l'impact de la recherche sur la société (Sienkiewicz & Mair, 2020). Un autre risque à considérer est l'excès d'information qui viendrait noyer les résultats de recherche les plus pertinents. C'est pourquoi il est indispensable de prévoir un travail de synthèse des apports scientifiques les plus pertinents pour soutenir la réflexion au niveau politique.

L'expertise profane, c'est-à-dire non scientifique, doit également être mobilisée pour prendre en considération l'ensemble des points de vue des acteur·rices directement affectés par le problème visé, c'est-à-dire en premier lieu le point de vue des patient·es et des aidant·es proches et plus largement celui de la population. La connaissance détenue par les patient·es est reconnue comme étant complémentaire de la connaissance scientifique (Kohn, Dauvin, & Cleemput, 2021). L'expertise des patient·es est liée à leur expérience personnelle, c'est-à-dire au savoir expérientiel, que ce soit en matière de connaissance des pathologies (par la perception des signaux ou des symptômes) ou encore de connaissance des soins de santé en tant qu'utilisateur·rice. Dans le domaine de la recherche scientifique, la contribution des patient·es est reconnue utile du fait de leur expertise

unique. Dans le cadre des activités de recherche du KCE (Kohn, Dauvin, & Cleemput, 2021), le bénéfice d'impliquer les patient-es en tant qu'expert-es a été reconnu notamment pour identifier les besoins des patient-es (insatisfaits ou prioritaires), les difficultés, les problèmes que les patient-es rencontrent ou encore pour recueillir des informations non connues a priori par les médecins (par exemple sur des questions pratiques de faisabilité dans la vie de tous les jours) de façon à améliorer l'acceptabilité des résultats de recherche. Impliquer les patient-es suppose toutefois certaines conditions pour garantir que les patient-es choisi-es ne soient pas influencé-es par des intérêts privés et qu'ils et elles soient bien formé-es.

L'expertise de terrain des professionnels est un savoir complémentaire qu'il est également nécessaire d'intégrer pour réfléchir aux possibilités de changements. La mobilisation de cette connaissance est en effet essentielle à l'innovation.

La complémentarité des savoirs est indispensable à l'exercice d'élaboration des politiques mais elle n'est pas suffisante pour aborder les problèmes complexes (Maesschalck, 2021). La gouvernance participative n'a pas seulement pour ambition de permettre la simple consultation des acteur-rices concerné-es. L'enjeu est de permettre aux participant-es de mener une réflexion collective autour d'objectifs communs à toutes les étapes, que ce soit en amont de l'élaboration des politiques ou en aval lors de l'évaluation de leurs effets. Ce travail suppose constitution d'un savoir-faire et d'un savoir commun.

2.5.2. La collaboration, un processus d'apprentissage

La co-construction des politiques de soins de santé repose principalement sur la capacité des acteur-rices à collaborer pour résoudre collectivement des problèmes qu'ils jugent prioritaires. La configuration de la co-construction dans le cadre de la réforme budgétaire est a priori favorable car les acteur-rices se regroupent autour d'objectifs communs en vue de proposer des solutions concertées. Toutefois, la capacité à collaborer relève plus largement de la mise en place d'une culture de collaboration chez des acteur-rices, aux profils très hétérogènes (par rapport à la formation, la culture de travail, les responsabilités, les rôles, les intérêts, etc.), qui ne sont pas habituellement amenés à collaborer dans d'autres lieux (dans le contexte professionnel ou autre). Pour les mutualités et les dispensateur-rices de soins, les interactions formelles qui ont lieu se font dans le cadre de la concertation budgétaire annuelle sur la négociation d'accords tarifaires. Il est important de

reconnaître la difficulté de l'exercice de façon à proposer un cadre favorable à la réalisation effective de la collaboration à toutes les étapes, y compris dans les processus décisionnels. Ainsi, la collaboration procède de la capacité des participant-es à apprendre de nouvelles formes d'interaction. Cela suppose de la part des acteur-rices une certaine aptitude à s'approprier la démarche participative (notamment le respect du formalisme des procédures) et d'accepter de s'engager dans un processus de réflexion qui implique parfois de faire évoluer substantiellement les positions respectives des participant-es que ce soit par rapport aux représentations, aux perceptions du problème visé, des facteurs contextuels, des réponses possibles, etc. (Maesschalck & Blésin, 2009). Cette collaboration devrait faire aussi l'objet d'un retour d'expérience afin de pouvoir améliorer les procédures au fil du temps (Maesschalck, 2008).

2.5.3. La constitution d'un savoir-faire

Un des enjeux de la participation est l'acquisition d'un savoir-faire commun pour élaborer les politiques de soins de santé. Pour commencer, il est indispensable d'initier la réflexion collective en s'appuyant sur des outils méthodologiques (cf. partie 3) pour synthétiser la connaissance, définir le problème visé, s'assurer que les questionnements sont suffisamment complets et pertinents pour que les actions proposées soient à même de répondre au problème visé, non seulement d'un point de vue théorique mais aussi au niveau opérationnel et qu'elles n'entrent pas en contradiction avec les autres objectifs poursuivis et les valeurs du système de santé. À terme, les participant-es devraient aussi pouvoir s'approprier ces outils et méthodologies.

La capacité des acteur-rices à acquérir les compétences pour élaborer les politiques de soins de santé ne dépend pas seulement de leur implication dans les phases de réflexion autour de l'objectif commun et dans la prise de décision sur les programmes d'action. L'apprentissage est aussi favorisé lorsque les acteur-rices sont impliqué-es dans l'ensemble des phases, c'est-à-dire également dans la phase d'implémentation et de suivi (Maesschalck, 2008). La démarche participative doit aussi pouvoir être engagée dans la durée (c'est-à-dire pas seulement pour formuler des propositions) pour réaliser le monitoring des actions par rapport aux objectifs fixés et procéder à des ajustements continus. Cela implique aussi une forme d'apprentissage pour développer la capacité de monitorer l'impact des décisions, tenir compte des éventuels changements dans les données du problème (telles que des avancées médicales) ou du contexte et ajuster en conséquence.

Cette démarche évaluative peut aussi induire la révision de certains présupposés, positionnements, ou décisions passées.

2.5.4. La constitution d'un savoir commun

Au-delà de l'apprentissage de la collaboration entre les participant-es, l'élaboration des politiques de soins de santé requiert le développement d'un savoir commun sur la compréhension du problème et de sa résolution. L'approche participative offre les conditions favorables pour apprendre ensemble car l'interaction sociale permet, d'une part, aux personnes de se former et, d'autre part, de construire une compréhension commune qui dépasse les connaissances individuelles (les apprentissages résultent du contexte social dans lequel ils s'opèrent (Jafari Amineh & Davatgari Asl, 2015)). C'est pourquoi il est primordial de porter une attention au contexte, en particulier la façon dont les échanges entre les acteur-rices pour aborder les problèmes complexes (qui échappent à toute forme de solution prédéterminée). La créativité des participant-es est également favorisée par la mise en œuvre d'un espace d'échange bien formalisé et non jugeant.

2.6. Les principes d'une gouvernance participative

Indépendamment du domaine dans lequel des processus participatifs sont mis en œuvre (les soins de santé ou plus largement celui de l'action collective), des principes communs peuvent être identifiés pour mettre en œuvre les conditions favorables à la réflexion collective (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). En effet, les processus participatifs, par l'implication d'un ensemble d'acteur-rices varié-es, comportent un certain nombre de risques et de problèmes pratiques qu'il est nécessaire de considérer.

2.6.1. La représentation des acteur-rices

Les processus participatifs doivent permettre l'implication de différent-es acteur-rices de façon ad hoc en fonction des opportunités de contribution et de partage des responsabilités par rapport aux problématiques posées (Organisation Mondiale de la Santé, 2016), indépendamment des rôles et des missions des acteur-rices. La représentation effective des acteur-rices concerné-es est un enjeu central car il y a le risque d'avoir un déséquilibre de pouvoir par rapport à certains intérêts particuliers (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Sienkiewicz & Mair, 2020), le risque le plus aigu étant celui d'avoir des intérêts

représentés qui sont contraires au but poursuivi (par exemple sur des questions de santé publique, telle que la lutte contre le tabagisme). La participation serait dans ce cas plus néfaste que bénéfique (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). D'autre part, il est nécessaire de veiller à ce que l'extension de la participation ne renforce pas le pouvoir de certains intérêts déjà bien représentés. Une autre limite à la participation des acteur-rices est la capacité des représentant-es à refléter la perspective de certain-es acteur-rices, notamment les patient-es en raison de la grande hétérogénéité de ce groupe.

2.6.2. La qualité des relations

Les processus doivent accorder une attention particulière aux relations entre les acteur-rices et à la gestion du conflit, inhérent au domaine politique. En effet, un des facteurs de succès est la confiance et la construction de liens entre les participant-es (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020). Lors des interactions, la qualité des relations doit pouvoir être assurée dans l'ensemble des processus (lors des prises de décisions, des prises de paroles, etc.). La qualité de la participation va dépendre de la place accordée à chaque participant-e. Lors des interactions, chacun doit pouvoir contribuer de façon libre et égale aux discussions. La participation, par la mise évidence des conflits, risque de biaiser, de polariser les débats ou encore de bloquer les décisions. Les participant-es peuvent entraver la réflexion collective par des positionnements relatifs à leur rôle historique, aux enjeux de financements ou encore à la division du travail (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Greenhalgh souligne toutefois également l'importance des conflits et de leur gestion car ils permettent de mettre en lumière certains aspects ou problèmes importants qu'il est indispensable de considérer pour faire avancer la réflexion. La gestion des conflits, lorsqu'elle est correctement réalisée est perçue comme n'étant « pas simplement saine et constructive, mais un processus essentiel pour parvenir à un changement réussi dans un système complexe adaptatif » (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016, p. 147, nous traduisons).

2.6.3. Le processus décisionnel

Le processus décisionnel est aussi central et certains auteurs soulignent le fait que l'atteinte d'un consensus n'est d'ailleurs pas toujours possible et ne doit pas non plus être un but en soi (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). La règle du plus petit dénominateur commun ne peut prévaloir lorsqu'il s'agit de déterminer des politiques de soins de santé car

les choix possibles risqueraient d'être considérablement limités au regard des objectifs visés. L'enjeu n'est pas de négocier mais de résoudre collectivement des problèmes complexes.

Le processus décisionnel doit rester transparent et accepté par tou·tes, c'est-à-dire que le résultat ne doit pas être modifié ou manipulé en dehors des processus participatifs. Le rôle des décideur·euses, dans ce cadre, est alors un rôle de formalisateur de la décision collective. La motivation à participer est aussi influencée largement par la façon dont la participation est organisée, en particulier par rapport à la prise de décision.

C'est pourquoi les procédures doivent permettre d'échanger pour que les positions des participant·es puissent évoluer en portant une attention à la clarification des idées pour aboutir à une compréhension commune (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). C'est également un des critères essentiels pour favoriser l'innovation, l'organisation des échanges doit accorder suffisamment de place aux questionnements et à l'argumentation pour que les positions évoluent et que les propositions puissent être soutenues par le groupe : « la prise de décision se fonde sur la validation consensuelle. Il ne s'agit pas de parvenir à un compromis général, mais plutôt à un accord appuyé par toutes les parties concernées et cela après que chacune d'entre elles a eu la pleine opportunité d'exprimer ses préoccupations, obtenu l'assurance d'être comprise et participé à la constitution de la meilleure solution possible. Le critère de réussite dans un tel effort d'innovation est le degré de partage par toutes les parties concernées d'un "sens commun" ou d'un construit social sur la nouvelle orientation à suivre » (Bouwen & Fry, 1993, p. 12).

Par ailleurs, la vision commune, qui se construit au fur et à mesure, doit pouvoir être documentée et accessible à l'ensemble des participant·es pour favoriser la compréhension commune et prévenir autant que possible les malentendus, les imprécisions, les ambiguïtés, etc. C'est pourquoi la traçabilité des échanges entre les participant·es est tout à fait essentielle pour suivre le cheminement de la réflexion collective car celle-ci est susceptible d'évoluer de façon substantielle sur des sujets complexes (Maesschalck & Blésin, 2009; Foudriat, 2019).

2.6.4. Des ressources nécessaires

Enfin, l'engagement des acteur·rices dans des processus participatifs nécessite des ressources : le temps (passé à échanger mais aussi le travail en amont pour préparer les

discussions), l'expertise dans les méthodes participatives pour structurer, formaliser et animer les échanges entre les acteur·rices (par une facilitation professionnelle) (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Compte tenu de la diversité des intérêts représentés et de leur possible concurrence, les résultats des processus participatifs vont dépendre de la qualité du leadership et des ressources dédiées (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016).

Il faut enfin souligner que la gouvernance doit être envisagée comme un processus qui s'implémente dans la durée. Les processus participatifs doivent s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage mutuel et individuel permettant d'installer durablement un rapport de confiance entre les participant·es pour une meilleure collaboration. Il a été observé que cette dynamique positive est également susceptible d'avoir un effet d'entraînement à l'extérieur (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Néanmoins, tous les ingrédients de cette dynamique peuvent ne pas être réunis, et en particulier lors du démarrage des processus participatifs. Le risque serait alors que les acteur·rices présents restent attaché·es à des perspectives individuelles au lieu d'adopter une compréhension mutuelle, ce qui nuirait à la vision partagée quant aux problèmes visés et leur résolution collective. C'est une des raisons pour laquelle les processus participatifs doivent avant tout être envisagés comme des processus d'apprentissage et d'adaptation continus.

Ainsi, si le besoin d'une gouvernance participative est bien reconnu pour les soins de santé, au regard des divers problèmes potentiels qui ont été relevés, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre constitue un défi. La partie ci-dessous décrit un ensemble de méthodologies participatives qui permettent non pas de supprimer les difficultés mais d'initier une nouvelle façon d'aborder la collaboration de façon plus productive et créative pour élaborer les politiques de soins de santé.

3. Les approches méthodologiques pour soutenir la co-construction des politiques de soins de santé

3.1. Les méthodologies de Design

3.1.1. Définition et applications

Les méthodologies de Design sont particulièrement intéressantes pour résoudre des problèmes complexes pour lesquels il n'existe pas a priori de solutions connues ou de résultat prévisible (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). « Les approches fondées sur le Design sont de nature systémique, explorent un contexte complexe à l'aide de méthodes visuelles, rassemblent plusieurs disciplines pour donner un sens à l'espace du problème et formulent des propositions axées sur la qualité de l'expérience du point de vue des bénéficiaires finaux » (Rudkin & Rancati, 2020, p. 146, nous traduisons). Ces méthodologies sont issues de disciplines variées comme par exemple la psychologie et l'anthropologie. Elles s'appuient sur des stratégies de collecte de données diversifiées utilisées dans les sciences sociales (par exemple la synthèse des connaissances existantes, l'observation in situ, les interviews approfondis des acteur·rices, les focus groupes ou encore des ateliers de co-création, etc.) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019), l'objectif étant de rassembler les données nécessaires pour les synthétiser de façon suffisamment concise et compréhensible. Notre objectif ici n'est pas décrire l'ensemble des méthodologies que recouvre le Design mais d'expliquer leur intérêt lorsqu'appliquées au secteur des soins de santé.

Le domaine d'application des approches fondées sur le Design est étendu, il s'adresse aussi bien au domaine politique (Troussard, et al., 2016) qu'à celui des services, le Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Utilisées dans le domaine de l'élaboration des politiques, les approches par le Design sont des outils stratégiques pour favoriser l'innovation et transformer la façon d'aborder collectivement les problèmes dans les champs d'action du secteur public. L'expérience d'élaboration de politiques en Europe montre comment ces méthodes ont permis de faire aboutir les réflexions autour de problèmes complexes et variés (Troussard, et al.,

2016). Lorsqu'appliquées aux services, les méthodologies de Service Design visent l'amélioration des services afin de les rendre plus désirables, utiles, utilisables, efficaces et efficients (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Une recherche rapide des publications montre que le domaine d'application du Design pour les soins de santé est étendu (Altman, Huang, & Breland, 2018; Pfannstiel & Rasche, 2019; Weller & Pallez, 2017; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019; Weller & Pallez, 2017), que ce soit pour des pathologies (par exemple, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la santé mentale) ou pour améliorer les processus de soins (par exemple la gestion du flux de patient·es, les aidant·es proches, l'intégration des soins, l'introduction de technologies digitales, la conception de trajet de soins, la sortie d'hôpital, l'expérience des patient·es au service des urgences ou encore la réduction du délai de diagnostic du cancer du sein). En Suède, l'approche par le Design dans le secteur des soins de santé est organisée sous la forme d'un « laboratoire », Experio lab⁸.

Quelques exemples illustratifs peuvent être cités :

- La ville d'Oslo a cherché une nouvelle approche pour mieux gérer la demande en soins de longue durée pour les personnes âgées fragiles tout en garantissant une amélioration de la qualité (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). L'objectif était de définir une vision pour les soins de longue durée en 2025.
- L'hôpital universitaire d'Oslo a réduit le temps d'attente de la prise en charge pour le cancer du sein (réduction 90% du délai) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).
- L'hôpital pour enfant Sant Joan de Déu à Barcelone en 2015 a créé un département de l'expérience patient pour repenser le modèle de soins pour différents types de patient·es (enfants et adolescent·es jusqu'à 18 ans avec un diabète ou une pathologie chronique, enfants étrangers en oncologie ou en orthopédie dont le traitement n'est pas disponible dans leur pays d'origine et les femmes enceintes) en impliquant les patient·es, les familles et le personnel (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

8 <https://experiolab.se/healthcaredesign/?lang=en>

3.1.2. L'intérêt des approches fondées sur le Design dans le domaine des soins de santé

Au-delà des résultats directs recherchés, elles offrent de nouvelles perspectives dans la façon d'envisager la collaboration et les transformations des services de santé. Les caractéristiques des méthodologies de Design particulièrement intéressantes pour les soins de santé sont les suivantes :

Des soins centrés sur le patient

Les méthodologies de Service Design s'attachent à mieux comprendre les besoins, le vécu et motivations des utilisateur·rices, par le développement de l'empathie, et à garantir que leur point de vue sera pris en considération, en complémentarité avec les points de vue des autres acteur·rices (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Malmberg, et al., 2019). Les principes du Service Design sont ainsi cohérents avec le nouveau paradigme des soins centrés sur le-la patient·e sur divers aspects (Malmberg, et al., 2019) :

- le-la patient·e est perçu comme étant l'expert·e de « son expérience et de sa propre vie » ;
- le fait d'adopter une perspective holistique sur la vie du patient ou de la patiente et son expérience avec un focus élargi à ses besoins (plutôt qu'aux solutions) ;
- le fait de reconnaître que la valeur du service est co-créée par l'ensemble des parties impliquées dans le service, y compris les utilisateur·rices ;
- ou encore d'opérer un transfert de pouvoir entre les prestataires de soins et les patient·es.

Les processus participatifs permettent d'équilibrer les relations de pouvoir par la participation d'acteur·rices a priori stratégiquement moins bien représentés au niveau institutionnel. En accordant une place centrale à l'expérience subjective telle que vécue par l'ensemble des acteur·rices, c'est-à-dire en incluant à la fois la perspective des professionnel·les et celles des utilisateur·rices, ces méthodologies visent à mieux comprendre les interactions et les expériences dans une démarche d'amélioration des services (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). L'engagement des utilisateur·rices finaux·ales dans les processus participatifs favorise des résultats positifs, en particulier l'amélioration de leur expérience. Dans le domaine de l'élaboration des politiques,

son potentiel réside dans le fait de favoriser une meilleure compréhension du réel en permettant d'élargir la vision commune sur les problèmes par la prise en considération des divers points de vue et perspectives. Le fait de placer l'expérience des utilisateur·rices au centre des réflexions permet de penser des politiques plus inclusives et plus à même répondre à leurs besoins (Rudkin & Rancati, 2020). En particulier, ce type d'approche permettrait d'améliorer l'acceptabilité des soins (« des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021)).

La multidisciplinarité

Les soins de santé sont organisés au sein d'un écosystème complexe structuré en silo, autour de disciplines distinctes avec une division forte des rôles, des responsabilités, des savoirs suivant des logiques institutionnelles parfois concurrentes. La multidisciplinarité⁹ est un moyen d'aborder cette complexité institutionnelle qui implique de nouvelles pratiques d'innovations notamment par l'explicitation des divergences possibles d'intérêts, de pratiques, de représentations et de points de vue (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Pour résoudre les problèmes transversaux qui nécessitent une vision globale des services, il est nécessaire d'intégrer des connaissances de différentes disciplines mais aussi d'engager les acteur·rices concerné·es pour favoriser les interactions créatives, en particulier à partir d'idées ou positions différentes (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019).

Des pratiques expérimentales

Un des atouts des méthodologies de Design est le prototypage pour expérimenter et prétester rapidement (Rudkin & Rancati, 2020). Le prototypage « vise à générer et à tester plusieurs hypothèses alternatives et stratégies divergentes avant de sélectionner la ou les meilleures options disponibles pour les améliorer » (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016, p. 13, nous traduisons). Cette phase expérimentale vise à explorer des possibilités et tester rapidement des solutions de façon itérative avant leur implémentation (pouvant inclure des aspects légaux et techniques). Dans cette phase, l'échec des solutions est utilisé pour améliorer de façon itérative les propositions. L'expérimentation à un

9 Ce principe de multidisciplinarité est d'ailleurs explicitement énoncé dans le code de la santé publique en France sur l'expertise sanitaire qui se définit suit : « L'expertise sanitaire répond aux principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire » Art. L. 1452-1, Chapitre II : Expertise sanitaire (Articles L1452-1 à L1452-3) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

stade précoce avec les utilisateur·rices permet d'économiser des ressources et du temps, de se prémunir des erreurs évitables, de mieux anticiper les effets avant la mise en œuvre et d'aboutir à des interventions pertinentes du point de vue des acteur·rices (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Au-delà des problèmes visés, les pratiques de Design sont également l'occasion d'expérimenter à petite échelle des collaborations autour d'intérêts communs (par exemple, en Suède, le projet de co-création de soins centrés sur le·la patient·e pour les personnes avec une maladie chronique dans le cadre des soins primaires) qui peuvent être précurseurs de formes nouvelles de travail institutionnalisés à plus grande échelle (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019; Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016).

Des outils de communication

Les outils et visualisations, appelés « *boundary objects* » sont utilisés afin d'adopter un langage commun et permettre la co-création multidisciplinaire pour rassembler les participant·es au-delà de la segmentation institutionnelle, professionnelle, des responsabilités, des rôles, etc. Différents types d'outils de visualisation existent tels que les cartes (par exemple les cartes de trajets de services) ou autres outils de représentation. Par exemple, les « *personas* » sont des outils utilisés pour représenter un profil type d'un groupe particulier d'utilisateur·rices ou d'autres acteur·rices. Ils permettent de considérer l'hétérogénéité des profils des utilisateur·rices qui ne peut être représentée par les participant·es (cf. partie 2.4.1). Ces outils sont complémentaires aux échanges verbaux et écrits à toutes les étapes et viennent en appui à la réflexion pour favoriser l'émergence de nouvelles interprétations, concepts, idées, etc. (Rudkin & Rancati, 2020). Les outils de communication créent un terrain commun que chacun peut s'approprier et soutiennent l'attention des participant·es sur les thématiques traitées. Les outils tangibles manipulables sont également possibles et offrent de nouvelles modalités d'expression et de communication plus favorables à la créativité que l'échange verbal ou écrit (Rygh & Clatworthy, 2019).

L'innovation

Dans le domaine de la santé, innover représente un défi majeur car cela suppose des changements substantiels dans les dispositifs institutionnels rigides par nature, que ce soit par rapport aux normes, croyances, valeurs ou représentations. L'innovation de service peut être définie de la façon suivante : « l'innovation de service est vue comme un processus novateur d'intégration des ressources afin de permettre de nouvelles formes de co-

création de valeur entre les acteurs » (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019, p. 21, nous traduisons).

Les designers assurent un rôle de facilitateur pour collecter, écouter et synthétiser les différentes perspectives et guider la réflexion collective. Le·la designer n'est pas le « propriétaire de la solution » mais est le·la propriétaire de « l'espace de réflexion ». Il·elle permet la coexistence de toutes les positions différentes et une vision systémique. En stimulant la compréhension mutuelle du rôle de chacun·e des participant·es, ces pratiques collaboratives peuvent modifier sensiblement les points de vue, les représentations ou encore les croyances. L'innovation est aussi favorisée par le fait que le Service Design inclut une phase de recadrage du problème ce qui implique parfois une réorientation de la recherche de solution ou une évolution des solutions envisagées au fur et à mesure de la réflexion. Il faut noter que différentes options peuvent être envisagées en parallèle pour résoudre les problèmes complexes, en particulier en cas de divergences de points de vue, de conflits (cf. partie 2.4.3) pour éviter notamment de choisir le mauvais problème à résoudre. La nature complexe des problèmes implique que les solutions ne peuvent être préconçues sans un processus de réflexion collective organisé par étapes. Le caractère itératif de la démarche de Design part du principe qu'il est nécessaire « d'apprendre au fur et à mesure » pour obtenir de nouvelles propositions et idées. Ces méthodologies visent explicitement à favoriser la créativité des participant·es en mettant l'accent sur l'exploration, sans jugement, de pistes divergentes, d'idées variées à l'aide d'outils et de techniques.

Par la mise en évidence des éventuelles contradictions dans l'organisation des services, ces méthodologies offrent également l'opportunité de modifier sensiblement les habitudes ou les fondements sur lesquels s'appuie l'organisation. Au-delà de la recherche de solutions, les approches par le Design proposent une nouvelle philosophie pour concevoir les transformations, basées sur la participation et la réflexivité que les acteur·rices peuvent s'approprier plus largement pour soutenir la dynamique d'innovation au sein des organisations. Il a été observé que le recours aux outils de Design est également susceptible d'engendrer des changements qui dépassent le cadre dans lequel ils sont utilisés, par la stimulation de la collaboration, de la participation et l'adoption de routines davantage centrées sur l'utilisateur·rice.

Les différentes étapes de Design de politique sont présentées dans la figure 1.

L'étape 1 d'exploration est essentielle pour découvrir des aspects du problème qui ne sont pas toujours apparents. Le risque est de simplifier le problème, ce qui nuirait à la qualité de la deuxième phase de recherche de sens. Les deux premières étapes visent un apprentissage mutuel approfondi par les participant-es, préliminaire à l'étape de recherche de solutions, d'idées, pour répondre au problème posé. A l'étape 3, différentes idées sont comparées et celles qui ont le plus de potentiel sont sélectionnées (une ou plusieurs). L'étape 4 est la phase de test des idées sélectionnées pour obtenir un prototype qui puisse être implémenté et l'étape 5 est la phase d'opérationnalisation.

En pratique, la qualité des interactions entre les participant-es est essentielle pour favoriser la compréhension commune des problèmes complexes et stimuler la réflexion collective. Les méthodologies de Design organisent les interactions entre les participant-es sous la forme de conversations structurées (par la gestion du temps et le

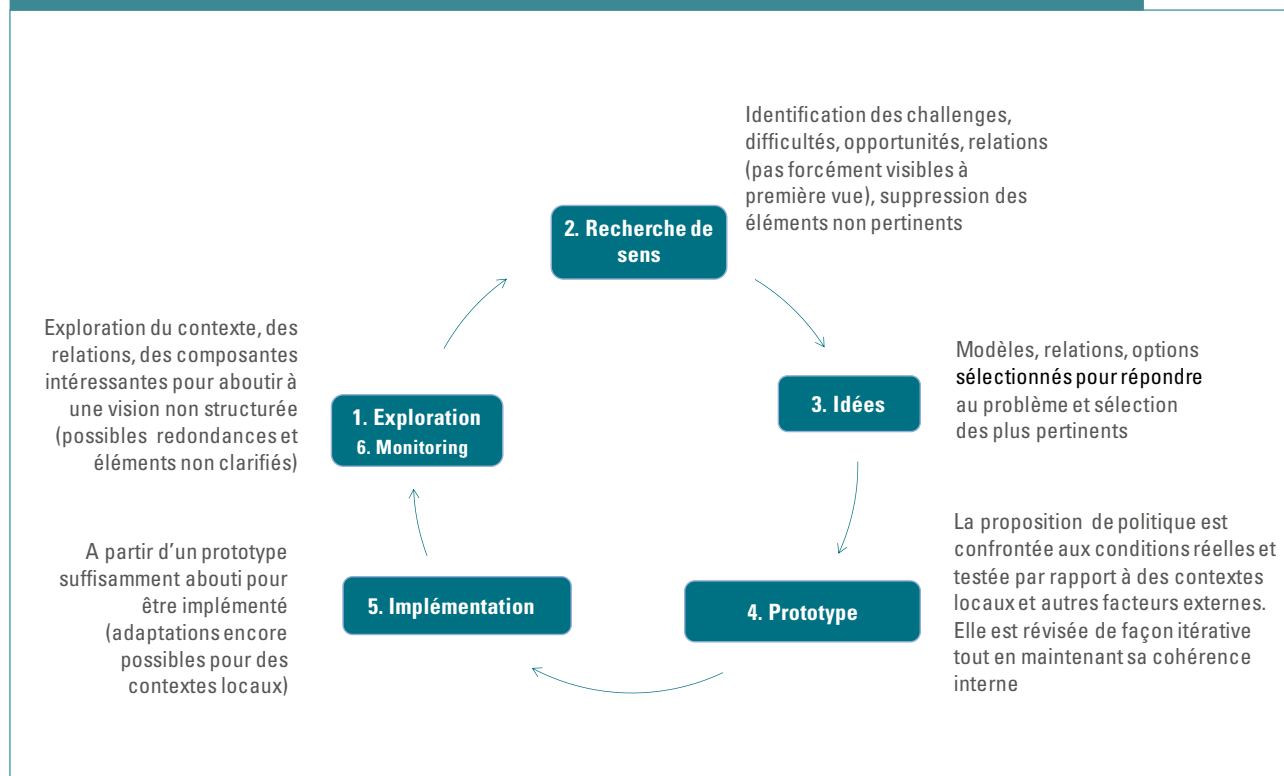
recours à des méthodes participatives, voir aussi partie 3.1.). Les rencontres requièrent un travail de préparation en amont en vue d'élaborer le déroulement précis des rencontres et les questions abordées (Troussard, et al., 2016).

3.1.3. D'autres méthodologies participatives

Il existe d'autres méthodologies plus génériques et moins sophistiquées (qui peuvent aussi être utilisées dans les méthodologies de Design) qui pourraient être utiles selon les contextes et problématiques abordées comme le participatory leadership¹⁰ (Scordialos, et al.) ou « The Art of Hosting »¹¹. De multiples techniques existent et se caractérisent par des procédures formalisées et des applications bien définies. Les participant-es sont invité-es à interagir selon des règles précises. Quelques exemples peuvent être cités :

- La méthode du world café est sans doute la mieux connue. Le principe est de susciter un dialogue autour de questions importantes par l'organisation de petits

Figure 1: Les processus de Design de politique (adapté de Troussard, et al., 2016)



10 « Le leadership participatif est un processus structuré comprenant des outils, des méthodes, une réflexion conceptuelle et une approche systémique pour galvaniser les dynamiques de groupe et organisationnelles. Bien qu'il soit axé sur les groupes, il s'étend de l'individu aux équipes, en passant par des organisations et des communautés entières. L'approche a été utilisée pour assurer l'alignement et l'action dans des situations complexes grâce à des conversations approfondies et facilitées. » (Voir <https://participatoryleadership.eu/index.php/faq-s>)

11 <https://artofhosting.org/fr/>

groupes de conversation (4 ou 5 personnes) avec une personne hôte pour prendre des notes. A chaque tour, les personnes changent de groupe et reprennent la conversation là où elle s'est arrêtée au tour précédent. La phase finale vise à rassembler ce qui a été discuté. La question de départ peut éventuellement évoluer au fil des discussions. Les applications possibles sont multiples : établir des connexions entre les participant-es, explorer ou mener une réflexion collective approfondie ou encore planifier des actions.

- La dissension rituelle est une méthode pour tester et renforcer des propositions et idées. L'objectif est de tester la robustesse et la résilience de plan d'actions (il s'agit donc plutôt d'une méthode qui s'insère dans un processus plus large). La procédure est précise et doit être respectée pour obtenir des résultats intéressants. Une personne soumet la proposition à un petit groupe, explique pendant quelques minutes pour ensuite écouter sans intervenir, (en se mettant de dos pour ne pas personifier ce qui est soumis), la discussion qui s'engage par rapport aux critiques et alternatives possibles. L'apprentissage vaut à la fois pour la personne qui soumet une proposition et les participant-es qui évaluent. Plusieurs tours de discussion en petits groupes sont réalisés.
- La pratique du Cercle est une méthode pour centrer une conversation, ce qui peut contribuer à faire avancer des négociations. Le principe est de porter l'attention sur le problème qui est placé symboliquement au centre du cercle. Chacun parle à tour de rôle.

Dans la même philosophie participative horizontale, l'Holacracy¹² est une méthode de management des organisations qui propose un processus décisionnel intéressant lors de réunions stratégiques. Le déroulement est régi par des règles précises pour s'assurer notamment que le point de vue de chacun-e des participant-es puisse être entendu. Plusieurs étapes sont définies et les possibilités de réactions et d'interactions entre les participant-es sont bien délimitées avec à chaque étape un objectif précis (soumission d'une proposition, demande de clarification, possibilité de réaction par rapport à la proposition, modifications possibles de la proposition en fonction de la discussion qui précède, tour d'objections argumenté, phase d'intégration par une discussion ouverte sur les amendements possibles pour répondre aux objections et au problème visé par la proposition soumise au départ).

Ces méthodologies montrent à quel point il est essentiel d'encadrer les discussions entre les acteur-rices selon des procédures et des règles bien définies pour favoriser des dialogues constructifs qui permettent de faire avancer la réflexion collective.

3.2. La synthèse de la co-construction

La co-construction des politiques de soins de santé repose sur différentes composantes :

- **Une vision stratégique** pour le système de santé avec un cadre de valeurs communes définies précisément, des objectifs généraux et des objectifs SMART partagés.
- **Une gouvernance participative** :
 - la création d'un espace d'échange et de réflexion formalisée pérenne :
 - la participation des acteur-rices concerné-es déterminée de façon ad hoc en fonction des problématiques abordées, dans toutes les étapes d'élaboration et d'ajustement des programmes d'action,
 - avec une facilitation externe experte en approches participatives,
 - des interactions encadrées par des principes et des règles formalisées et transparentes, en particulier par rapport au processus décisionnel, à la gestion des conflits, avec le recours à des méthodologies participatives ;
 - une évaluation régulière de la gouvernance par les participant-es et des adaptations au cours du temps pour améliorer les procédures ;
 - la gestion et la synthèse de la connaissance existante et produite (des apports scientifiques pertinents, des échanges entre les participant-es et de l'état d'avancement de la réflexion collective) ;
 - des moyens financiers pour couvrir les frais de participations et le soutien méthodologique.
- **Des cycles itératifs d'amélioration** :
 - un processus d'apprentissage continu de la collaboration et de l'élaboration des politiques de soins de santé pour les acteur-rices impliqué-es ;
 - une évaluation indépendante de la performance du système de santé et coordonnée avec les politiques de soins de santé ;
 - des cycles d'amélioration itératifs qui passent par des étapes formalisées (définition du problème, pro-

12 <https://www.holacracy.org/>

positions, implémentation, monitoring, ajustements et adaptations).

- **La publication d'un rapport annuel** comprenant :
 - la vision stratégique et les plans d'action proposés ;
 - l'état d'avancement de l'opérationnalisation et de l'implémentation des actions ;
 - le monitoring de l'impact des actions et évaluation de l'atteinte des objectifs opérationnels et stratégiques ;
 - le compte rendu des activités des groupes de travail autour des objectifs et l'évaluation des processus participatifs.

4. Conclusion

La reconnaissance de la complexité du système de santé, des nombreux défis auxquels il doit faire face et des incertitudes multiples appelle à de nouvelles formes de collaboration, de culture de travail pour s'engager dans une dynamique vertueuse de cycles d'apprentissage et d'amélioration. Pour permettre la réalisation de cette dynamique, la co-construction des politiques de soins de santé, visant à transformer le système de santé de façon participative et itérative, est une nouvelle mission pour les acteur·rices qui requiert la mise en œuvre d'espaces d'échanges et de réflexion transdisciplinaires pérennes. Cette proposition est cohérente avec le concept de systèmes de santé apprenants créateurs de valeur (*value-creating learning health systems*), définis de la façon suivante : « des écosystèmes de santé dynamiques où les dimensions scientifiques, sociales, technologiques, politiques, juridiques et éthiques sont alignées de manière

synergique pour permettre aux cycles d'apprentissage et d'amélioration continus d'être routinisés et intégrés dans l'ensemble du système, augmentant ainsi la valeur grâce à un équilibre optimisé des impacts sur l'expérience du patient et du prestataire, la santé de la population et les coûts du système de santé » (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019, p. 3, nous traduisons). Même si le concept de valeur est complexe à définir en raison des multiples intérêts légitimes à faire prévaloir, des équilibres acceptables peuvent être réalisés, résultant de processus participatifs ouverts permettant la prise en considération de l'ensemble des connaissances existantes, expérientielles, scientifiques, contextuelles (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019).

Au-delà du changement de paradigme de leadership pour le système de santé, la co-construction constitue une nouvelle voie pour stimuler l'innovation dans le domaine des soins de santé qui dépasse les approches bottom-up et top-down dans un dispositif horizontal plus représentatif et dynamique.

Compte tenu de la complexité, de l'ampleur et de la diversité des enjeux, le soutien méthodologique s'avère indispensable. En particulier, les approches fondées sur le Design offrent un cadre méthodologique particulièrement complet et adapté aux problématiques des soins de santé. Les transformations à venir du système de santé vont fortement dépendre de la façon dont les problèmes sont abordés et réfléchis et des moyens qui y seront consacrés. L'enjeu est d'offrir un cadre méthodologique pour la gouvernance qui soit bien formalisé et structurant tout en permettant de rester suffisamment souple et adaptatif pour guider ces transformations.

Bibliographie

- Accord de gouvernement. (2020). Récupéré sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf
- Altman, M., Huang, T., & Breland, J. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease*, 15, 1-13.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Bouwen, R., & Fry, R. (1993). Innovation et apprentissage organisationnel : quatre modèles de dialogue entre la logique dominante et la logique nouvelle. *Communication & Organisation*, 3.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé : définition et enjeux. *MC -Informations*, 286, 4-22.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity, *International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 265-266.
- Foudriat, M. (2019). Chapitre 1 Définition et dimensions de la co-construction. Dans M. Foudriat, *La co-construction: Une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. *The Milbank quarterly*, 94(2), 392-429.
- Greer, S., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- INAMI. (2021). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport Intermédiaire*.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport final*.
- Jafari Amineh, R., & Davatgari Asl, H. (2015). Review of constructivism and Social Constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages*, 1(1), 9-16.
- Kohn, L., Dauvrin, M., & Cleemput, I. (2021). *Process note: patient involvement in KCE research*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Lambert, L. (2020). Le budget des soins de santé en perspective historique. Vers un effritement de notre modèle social ? *MC-Informations*, 281.
- Maesschalck, M. (2008). Normes de gouvernance enrôlement des acteurs sociaux. *Multitudes*, 3(34), 182-194.
- Maesschalck, M. (2021). Critiques de l'expérimentation : paradigmes politiques et technologies gouvernementales. *Cahiers du GRM*, 18, 1-20.
- Maesschalck, M., & Blésin, L. (2009). Apprentissage social et participation locale Les enjeux de l'autotransformation des pratiques. *Réseau Canopé Cahiers philosophiques*, 119, 45-60.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget des soins de santé. *Santé & Société*, 2.
- Malmberg, L., Rodrigues, V., Lännerström, L., Wetter-Edman, K., Vink, J., & Holmlid, S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in healthcare and hospital management* (pp. 1-18). Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 1-13.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Ogbeiwi, O. (2016). Defining goal terms in development and health. *British Journal of Healthcare Management*, 22(11), 544-550.
- Ogbeiwi, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management*, 23(7), 324-336.
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization*, 27, 324-341.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes Who's framework action*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Open mindsets Participatory leadership*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pfannstiel, M., & Rasche, C. (2019). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Cham: Springer.
- Pisek, P., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj*, 323(7313), 625-628.
- Reman, P., & Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(XLII), 101-113.
- Roberts, J., Fisher, T., Trowbridge, M., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation.

Healthcare, 4, 11-14.

Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.

Rygh, K., & Clatworthy, S. (2019). The Use of Tangible Tools as a Means to Support Co-design During Service Design Innovation Projects in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 93-115). Cham: Springer.

Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles: INAMI.

Scordialos, M., Corrigan, C., Moller, T., Nissen, M., Arthur, M.-A., Kleinschmager, M., . . . Hillbrand, U. (s.d.). *Participatory Leadership in the European Context Leading Through Conversations That Matter*. Art of hosting stewards and European Commission hosts.

Sienkiewicz, M., & Mair, D. (2020). Against the Science– Policy Binary Separation: Science for Policy 1.0. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 1-13). Brussels: Elsevier Limited.

Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.

Topp, L., Mair, D., Smillie, L., & Cairney, P. (2020). Skills for co-creation. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 32-42). Elsevier.

Troussard, X., Scapolo, F., Svanfeldt, C., Cuccillato, E., Giovannini, S., Rancati, A., & Rudkin, J. (2016). *Lab connections Innovations in policy making*. Brussels: European Commission.

Vinck, J., Prestes Joly, M., Wetter-Edman, K., Tronvoll, B., & Edvardsson, B. (2019). Changing the Rules of Games in Healthcare Through Service Design. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 19-37). Cham: Springer.

Vrijens, F., Renard, F., Walkiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Evaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(Tome LIII), 83-102.

Weller, J.-M., & Pallez, F. (2017). Les formes d'innovation publique par le Design: un essai de cartographie. *Sciences du Design*, 1(5), 32-51.

Évolution des antibiotiques remboursés de 2015 à 2021

Impact des récentes mesures gouvernementales et du COVID-19 sur l'usage des antibiotiques et spécificités chez les dentistes

Jesse Berwouts et Rose-Marie Ntahonganyira — Service d'étude
Kris Van haecht et Denis Delvenne — Direction Politique

Résumé

La surconsommation d'antibiotiques en Belgique constitue une menace sérieuse pour la santé publique. Les antibiotiques conduisent en effet à l'apparition de bactéries résistantes, ce qui rend le traitement de certaines maladies de plus en plus difficile. Par conséquent, leur utilisation doit être limitée aux cas où ils sont absolument nécessaires. Pour endiguer le problème de la résistance aux antimicrobiens, les règles de remboursement ont été renforcées en 2017 et 2018, et les gouvernements ont lancé un plan d'action en 2019 pour encourager une utilisation moindre et meilleure des antibiotiques.

Dans cette étude, nous examinons l'efficacité de ces initiatives en suivant l'évolution du nombre d'utilisateurs et du volume d'antibiotiques (remboursés). Nous étudions également l'impact de la pandémie de coronavirus sur l'utilisation des antibiotiques et accordons une attention particulière à certains groupes spécifiques d'antibiotiques. Enfin, nous analysons spécifiquement le comportement de prescription des dentistes concernant certains antibiotiques qui ne sont pas recommandés pour l'usage dentaire.

Les résultats de nos analyses montrent que les incitations purement financières ne sont pas suffisantes pour encourager un usage moindre et plus correct des antibiotiques. De plus, il semble que les baisses des antibiotiques remboursés aient été beaucoup plus fortes après les mesures de confinement pendant la pandémie, que les baisses consécutives aux mesures politiques. Enfin, nous constatons que les dentistes prescrivent encore beaucoup d'antibiotiques non recommandés. Il est donc nécessaire de sensibiliser davantage les médecins et les utilisateurs finaux.

Mots clés : antibiotiques, surconsommation, résistance aux antimicrobiens, mesures politiques, quinolones, spiramycine, COVID-19, dentistes

1. Introduction

Dans un pays prospère et de haute technologie comme la Belgique, nous disposons pour presque chaque maladie d'un médicament adapté. Malheureusement, nous le prenons un peu trop au pied de la lettre, ce qui nous pousse parfois à prendre des antibiotiques plus souvent que nécessaire. Nous sommes donc également connus pour être l'un des plus gros utilisateurs d'antibiotiques de l'Union européenne (Tyrstrup et al., 2017). Cependant, le vieil adage de nos grands-mères « si ça ne fait pas de bien, ça ne fait pas de mal » n'est pas transposable à notre utilisation excessive d'antibiotiques : si on peut tuer presque toutes les bactéries qui nous rendent malades avec un antibiotique, les quelques bactéries survivantes peuvent transmettre leur résistance à ce médicament à une nouvelle génération de bactéries beaucoup plus difficiles à combattre avec des antibiotiques. Ainsi, par l'utilisation inconsidérée des antibiotiques, nous encourageons la résistance aux antimicrobiens et risquons de créer une armée de « superbactéries » contre lesquelles les médicaments disponibles sont beaucoup moins efficaces (Antimicrobial Resistance Collaborators, 2022). Bien que la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC, 2020) indique que tant l'utilisation des antibiotiques que la résistance aux antimicrobiens ont diminué en Belgique au cours de la dernière décennie, elle précise que les bactéries résistantes posent toujours un grave problème en Europe. Chaque année, cela provoque environ 33.000 décès dus à une infection bactérienne non traitable — une morbidité comparable à celle de la grippe, de la tuberculose et du sida réunis. Afin d'endiguer l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens, les organisations de santé de notre pays se sont fortement engagées en faveur de l'antibiogouvernance, un ensemble coordonné de stratégies visant à promouvoir un usage avisé des antibiotiques afin de freiner la résistance aux antimicrobiens (Leroy et al., 2019). Ces initiatives ont pris forme au cours de la dernière décennie grâce, par exemple, à la modification des règles de remboursement et aux campagnes de sensibilisation menées par des instances telles que la BAPCOC.

L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux exploratoire de l'utilisation des antibiotiques suite à trois de ces mesures d'antibiogouvernance :

- 1) le transfert des antibiotiques vers une catégorie de remboursement plus stricte en 2017,
- 2) les règles de remboursement modifiées pour les quinolones en 2018,
- 3) la mise en œuvre du plan d'action *One Health* en 2019 (Leroy et al., 2019).

Dans le même temps, nous voulons évaluer l'impact sur l'utilisation des antibiotiques d'une période sur laquelle nous avons moins de prise : la pandémie de coronavirus de mars 2020 et les confinements qui y étaient associés. Enfin, nous accordons une attention particulière à certains groupes spécifiques d'antibiotiques fréquemment utilisés (amoxicilline avec/sans acide clavulanique et antibiotiques de deuxième ligne) et à l'utilisation d'antibiotiques non conseillés en pratique dentaire sur la base des récentes recommandations du KCE (Leroy et al., 2020). Notre question générale de recherche reste donc assez large, exploratoire et composite : quel est l'impact des récentes mesures gouvernementales et de la pandémie de coronavirus sur l'utilisation des antibiotiques en Belgique, et dans quelle mesure constate-t-on des irrégularités au sein de la pratique dentaire ?

2. Méthodologie

Pour répondre aux questions de recherche ci-dessus, nous considérons les données sur les antibiotiques entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2021. Les médicaments repris dans l'analyse concernent le code ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification, un système de classification des médicaments) J01 ; ce code désigne les agents antibactériens à usage systémique. Une exception à cette délimitation est le métronidazole dans les analyses chez les dentistes, un médicament qui n'est pas à proprement parler un antibiotique mais qui est néanmoins mentionné dans les directives du KCE (2020) pour un usage rationnel des antibiotiques en pratique dentaire. Ces délimitations de temps et de type s'appliquent à toutes les analyses énumérées ci-dessous.

Pour une évaluation de l'utilisation globale des antibiotiques et des groupes spécifiques, nous utilisons les données des antibiotiques remboursés aux membres de la MC et délivrés dans les pharmacies publiques. Pour les analyses plus spécifiques des types d'antibiotiques et des ventilations par spécialité, seul le code ATC correspondant à l'antibiotique en question est examiné ou filtré selon le type de prescripteur (dentiste, généraliste ou spécialiste). Le cas échéant, l'analyse est également scindée par caractéristiques des utilisateurs ou des prescripteurs, telles que la région ou l'âge. Les variables d'analyse pour évaluer l'utilisation sont le nombre d'utilisateurs ayant eu au moins une prescription remboursée par la Mutualité chrétienne dans la période considérée (mois, trimestre ou année) ; le volume en doses journalières

définies (DDD) dans cette période ; et le montant total restant à charge du patient et/ou de l'assurance obligatoire. En nous focalisant sur l'utilisation, nous considérons généralement le nombre d'utilisateurs et le volume. Comme notre base de données de facturation pour les médicaments délivrés en officine publique ne contient pas de données diagnostiques, pour une analyse approfondie des quinolones remboursées, nous utilisons notre base de données des autorisations de remboursement pour les médicaments du chapitre IV¹, dans lequel les données diagnostiques sont bien enregistrées (INAMI, 2018).

3. Résultats

3.1. Chiffres globaux

Le tableau 1 et la figure 1 montrent une tendance générale à la baisse de l'utilisation des antibiotiques en Belgique au fil des ans, ce qui a également été noté par Bruyndonckx et collègues (2020). On constate également que le nombre d'utilisateurs et le volume ont connu des évolutions similaires. En outre, nous observons que les coûts pour

l'assurance ont diminué de manière disproportionnée et que les coûts à la charge du patient ont en revanche augmenté. Ces différences ne sont pas une surprise, car les modifications dans le remboursement signifient que davantage de coûts sont effectivement supportés par le patient. Nous constatons des baisses plus marquées après 2018 et surtout en 2020, ce qui pourrait être dû à la modification des règles de remboursement des quinolones et à la crise du COVID-19, respectivement. Dans les analyses ci-dessous, nous examinons de plus près des antibiotiques et des périodes spécifiques.

Pour évaluer les chiffres globaux, nous nous baserons tout d'abord sur l'évolution des données pour les médicaments remboursés et délivrés en officines publiques dans la Figure 1 et la Figure 2. Une tendance générale qui se dégage immédiatement est celle des fluctuations saisonnières également décrites par Martinez et collègues (2020) : en automne, nous sommes plus sensibles aux infections (respiratoires), de sorte que les antibiotiques sont utilisés plus souvent pour les combattre. Il est important de prendre en compte ces tendances saisonnières lorsque nous évaluons ci-dessous, respectivement, l'impact du transfert des antibiotiques vers la catégorie de remboursement C, le plan d'action *One Health* et la crise du COVID-19.

Tableau 1 : Évolution de l'utilisation des antibiotiques chez les membres MC entre 2015 et 2021 (officines publiques/données MC)

Année	Nombre d'utilisateurs	Volume (DDD)	Montant à charge de l'assurance obligatoire, en euros	Montant à charge du patient, en euros
2015	1.853.437	39.972.350	43.570.134	10.902.230
2016	1.820.566	38.135.797	41.611.249	9.941.159
2017	1.730.477	35.957.140	33.010.736	16.068.476
2018	1.703.262	35.235.233	28.315.645	19.064.308
2019	1.620.859	33.588.588	25.956.362	17.444.689
2020	1.262.192	25.811.359	20.472.629	13.178.464
2021	1.311.892	26.779.053	21.027.110	12.985.610
Evolution 2015-2018	-8,1%	-11,9%	-35,0%	74,9%
Evolution 2015-2019	-12,5%	-16,0%	-40,4%	60,0%
Evolution 2015-2021	-29,2%	-33,0%	-51,7%	19,1%

¹ L'INAMI classe les spécialités pharmaceutiques en « chapitres », en fonction des conditions de remboursement. Un chapitre plus élevé indique des conditions de remboursement plus strictes pour le médicament en question. Le chapitre IV signifie que les quinolones ne seront remboursées que si une demande de remboursement avec des motifs légitimes de prescription est introduite (voir 3.4 pour plus de détails).

Figure 1 : Évolution du nombre d'utilisateurs d'antibiotiques entre 2017 et 2021 sur une base mensuelle (officine publique/données MC)

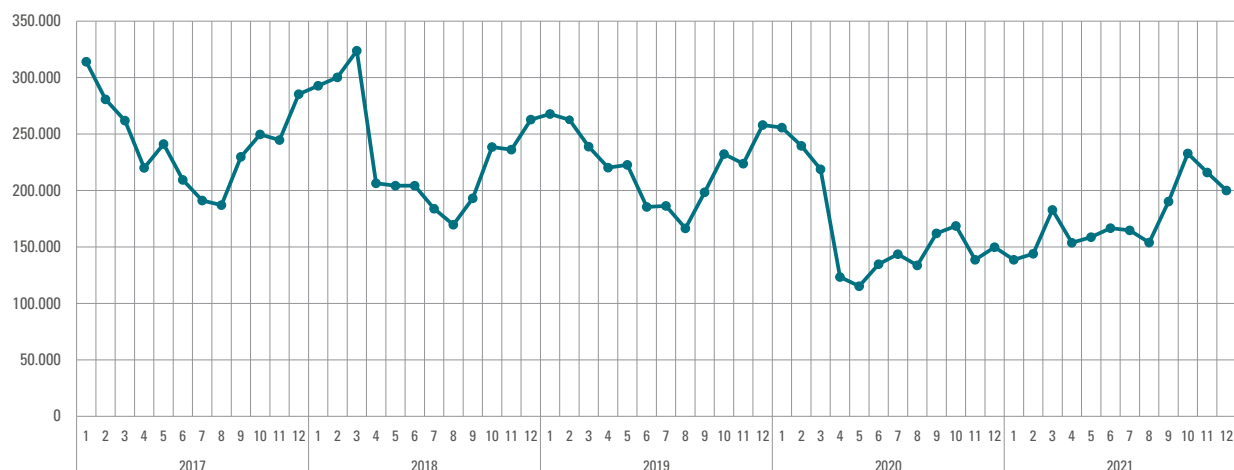
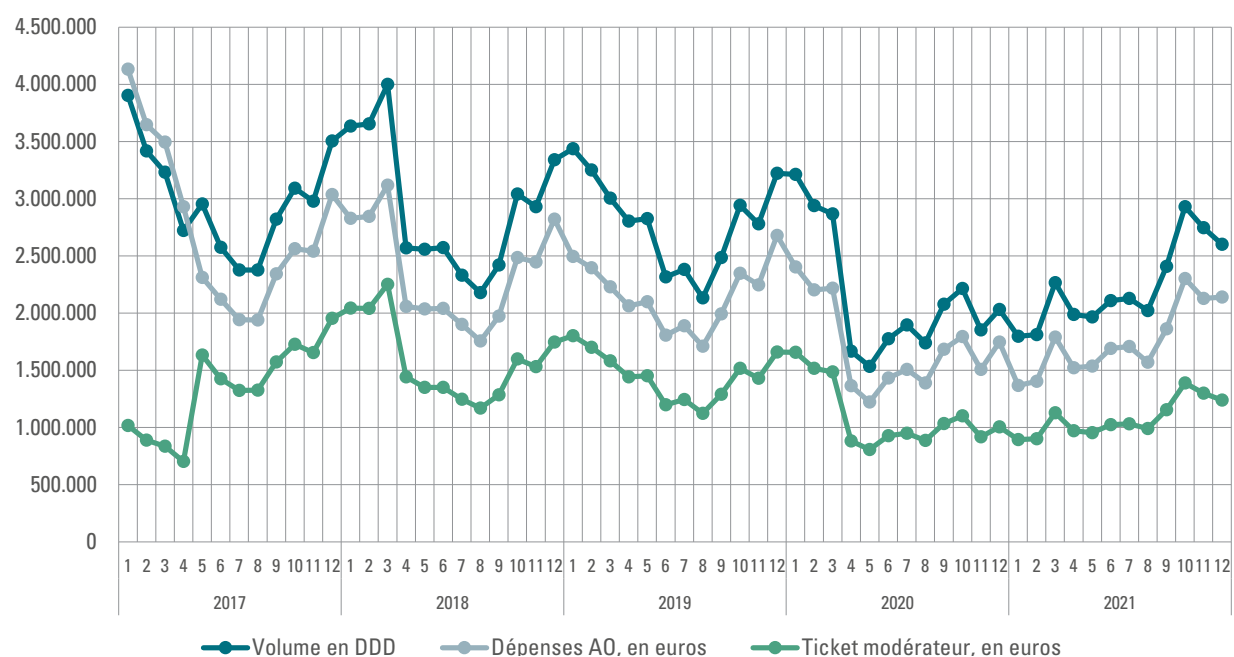


Figure 2 : Évolution de l'utilisation d'antibiotiques entre 2017 et 2021 sur une base mensuelle : volume et dépenses (officine publique/données MC)



3.1.1. Transfert des antibiotiques vers la catégorie de remboursement C en 2017

Une première mesure récente qui a tenté de réduire l'utilisation des antibiotiques a été le transfert des antibiotiques de la catégorie de remboursement B à C : depuis le 1er mai 2017, les antibiotiques ne sont plus classés dans les spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan théra-

peutique, mais dans les médicaments destinés au traitement symptomatique (INAMI, 2017). Avec cette mesure, les antibiotiques entrent dans une catégorie de médicaments moins « nécessaires », de sorte que les coûts supportés par l'utilisateur sont deux fois plus élevés qu'auparavant. L'INAMI justifie cette mesure dans le cadre de la lutte contre la surconsommation d'antibiotiques en Belgique et la résistance aux antimicrobiens qui en découle.

Dans les figures 1 et 2, nous ne trouvons pas immédiatement d'indications que cette mesure ait été efficace : le volume et le nombre d'utilisateurs n'ont pas baissé davantage dans les mois qui ont suivi la mesure, que ce qui pouvait être attribué aux saisons et à la tendance générale à la baisse des années précédentes (en effet, aux deuxième et troisième trimestres de 2016, le nombre d'utilisateurs avait déjà baissé de 12% et 33% respectivement). Ce constat avait déjà été rapporté dans une étude antérieure de la MC (Van haecht et al., 2019), qui concluait que la mesure était essentiellement bénéfique pour le budget de l'INAMI. Le seul impact substantiel que le transfert a eu semble concerner les coûts pour les utilisateurs et l'assurance obligatoire soins de santé (respectivement une augmentation et une diminution), ce qui est évidemment une conséquence naturelle d'une telle mesure. Bruyndonckx et al. (2020) ont également constaté une diminution des coûts de l'assurance obligatoire suite à cette mesure, plutôt que de la consommation totale ou du nombre de prescriptions. Le transfert des antibiotiques vers la catégorie de remboursement C semble donc n'avoir pas atteint son objectif : bien que les coûts pour l'assurance obligatoire aient diminué, cette réduction manque l'objectif visant à freiner la résistance aux antimicrobiens.

3.1.2. Évolution de l'utilisation des antibiotiques dans les premiers mois suivant le plan d'action One Health

En collaboration avec le Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé (Leroy et al., 2019), la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC, 2019) a élaboré un plan d'action national avec une approche One Health intégrée et holistique contre la résistance aux antimicrobiens, à mettre en œuvre dans les secteurs médical, pharmaceutique et vétérinaire, à partir de fin 2019. Cette approche One Health vise à coordonner l'approche de l'utilisation irrationnelle des antibiotiques en médecine « humaine » avec celle de la médecine vétérinaire et les actions liées à la chaîne alimentaire et à l'environnement. Les acteurs impliqués abordent ensemble le problème de la résistance aux antimicrobiens difficile à contrôler en Belgique, situent le problème dans un cadre plus large que la seule médecine humaine (par exemple les bactéries résistantes dans notre eau potable), définissent les objectifs pour la période 2020-2024, discutent des recommandations pour l'approche holistique souhaitée et traduisent ces recommandations en propositions opérationnelles plus concrètes, avec les indicateurs de performance critiques nécessaires à l'évaluation. De la sorte, les recommandations du KCE (Leroy et al., 2019) mettent l'accent sur la prévention, la sensibilisation et la transparence : elles plaident, entre autres,

pour la prévention des infections qui inciteraient à employer des antibiotiques, la mise en œuvre de connaissances sur l'utilisation consciente des antibiotiques dans la formation des médecins (vétérinaires), une information transparente sur les doses/conditionnements, et une vigilance accrue dans les « foyers » de surconsommation comme les hôpitaux, les maisons de repos et les exploitations agricoles.

Les figures 1 et 2 ont déjà montré qu'il n'y avait pas de réelle amélioration dans les premiers mois suivant la mise en œuvre : dans les mois suivant novembre 2019, aucune différence substantielle n'est perceptible. Le pic de décembre suit les tendances saisonnières normales, et les baisses du début de 2020 sont proches des tendances saisonnières et des fluctuations aléatoires des années précédentes. Nous devons également garder à l'esprit que le premier confinement a eu lieu à la mi-mars 2020, et qu'il a pu y avoir des effets immédiats sur l'utilisation des antibiotiques aux alentours des deux premières semaines. Pour cette raison, il ne semble pas utile de regarder au-delà du mois de mars pour évaluer le plan d'action One Health : dans la prochaine sous-section, nous verrons que les chiffres à partir d'avril 2020 sont complètement dominés par les mesures sanitaires, de sorte qu'un « effet net » de One Health est presque impossible à identifier. Toutefois, il serait erroné de qualifier le plan d'action d'inefficace pour la simple raison qu'aucune amélioration notable n'a été constatée au cours des premiers mois suivant son lancement. Un tel plan d'action est un travail de longue haleine, qui se fera globalement sentir beaucoup plus lentement qu'un événement perturbateur tel que la crise du COVID-19 et les confinements qui y étaient associés. Nous ne pouvons que conclure que le plan d'action a eu la malchance de coïncider avec un facteur déterminant beaucoup plus important de l'utilisation des antibiotiques, et nous ne pouvons qu'encourager les décideurs politiques à s'en tenir aux objectifs, aux points d'action et aux indicateurs de performance pour permettre une évaluation plus objective en temps « normal ».

3.1.3. Impact de la crise sanitaire sur l'utilisation des antibiotiques

Après que les mesures et interventions évoquées ci-dessus se soient généralement révélées moins efficaces que prévu (comme l'objectif BAPCOC de réduire l'utilisation totale des antibiotiques à 600 prescriptions pour 1000 habitants d'ici 2020), la nature a généré une intervention beaucoup plus perturbatrice au début de l'année 2020, que personne n'avait prévue. À partir de février, le coronavirus s'est répandu en Belgique comme une traînée de poudre, obligeant le pays à fermer ses portes le 18 mars — des

contaminations et des mesures dont l'impact se fait encore sentir aujourd'hui. Malgré les effets défavorables de cette pandémie sur nos vies, dans de nombreux pays, la forte baisse de l'utilisation des antibiotiques semble être un effet secondaire souhaitable. Outre la diminution observée des prescriptions d'antibiotiques en Belgique (Colliers et al., 2021), des diminutions globales similaires du nombre de prescriptions, du nombre d'utilisateurs ou du volume ont été observées au Royaume-Uni (Armitage & Nellums, 2021 ; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021 ; Zhu et al., 2021a), aux Pays-Bas (van de Pol et al., 2021), en Italie (Gagliotti et al., 2021) et aux États-Unis (King et al., 2020). Dans les soins de première ligne anglais, par exemple, une diminution globale de 13,5% par rapport à 2019 a été observée dans le nombre d'antibiotiques prescrits, les diminutions les plus fortes concernant les antibiotiques utilisés principalement contre les infections des voies respiratoires (Hussain, Paudyal & Hadi, 2021). Colliers et d'autres (2021) décrivent également que l'utilisation d'antibiotiques s'est « rétablie » pendant l'été, mais a à nouveau diminué avec le début de la deuxième vague de COVID-19. Au début de la pandémie, certaines augmentations de l'utilisation des antibiotiques ont été observées çà et là, par exemple une légère augmentation des antibiotiques à large spectre² (Zhu et al., 2021). Cette augmentation a été attribuée par les auteurs à la confusion initiale entourant le diagnostic et le traitement des symptômes du coronavirus : les médecins étaient également à la recherche de la thérapie la plus appropriée au début de la pandémie, ce qui rendait l'utilisation d'un antibiotique à large spectre encore quelque peu justifiable lors du traitement de patients présentant des symptômes de pneumonie. Un antibiotique qui a connu une augmentation au début de la pandémie est l'azithromycine (Gagliotti et al., 2021 ; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021 ; King et al., 2020), suite à une hypothèse initiale mais non confirmée par la suite, selon laquelle cet antibiotique pourrait s'avérer utile dans le traitement du COVID-19.

Étant donné que le premier confinement, et le plus perturbant, a été mis en œuvre le 18 mars 2020, une comparaison entre le premier et le deuxième trimestre de 2020 semble être le moyen le plus informatif d'évaluer l'impact de la crise sanitaire. Les figures 1 et 2 suggèrent déjà que le choc le plus important s'est produit entre mars et avril, ce qui impliquerait qu'il n'a fallu qu'une à deux semaines pour que l'impact du confinement sur l'utilisation

des antibiotiques se fasse sentir. Nous pouvons constater que l'usage global d'antibiotiques a chuté de 47% (nombre d'utilisateurs) et de 45% (volume) au deuxième trimestre 2020, ce qui, selon les figures 2 et 3, est principalement dû à une chute presque immédiate après le confinement initial, suivie d'une « reprise » progressive. Contrairement aux années précédentes, l'utilisation d'antibiotiques connaît une augmentation significative au troisième trimestre 2020 ; il convient de noter que ces pics et creux en 2020 présentent une sorte de tendance saisonnière « inversée » caractérisée par des augmentations de l'utilisation pendant les mois d'été et des diminutions en automne. Ces tendances semblent intuitives car elles suivent l'assouplissement en juin et le nouveau confinement à la mi-octobre 2020. Les chiffres sur les médicaments remboursés par la MC et délivrés dans les pharmacies publiques semblent donc tout à fait conformes aux conclusions présentées ci-dessus. La reprise décrite par Colliers et al. (2021) est également perceptible dans les tendances saisonnières inversées, mais on ne peut évidemment pas déduire de ces chiffres globaux une augmentation de certains types d'antibiotiques.

Comme nos chiffres correspondent aux évaluations de la pandémie par d'autres chercheurs, leurs explications semblent également plausibles pour l'utilisation des antibiotiques en Belgique. Une première explication évidente serait que la réduction des contacts sociaux due au confinement et l'hygiène plus stricte prescrite par les mesures de prévention (comme le port d'un masque buccal et la désinfection des mains) ont non seulement contribué à contenir la propagation du coronavirus, mais, comme autre conséquence, ont également fourni à d'autres maladies infectieuses moins d'occasions de se propager (Colliers et al. 2021 ; Gagliotti et al. 2021 ; Hussain, Paudyal & Hadi, 2021 ; King et al. 2020 ; Subramanya et al. 2021). La conséquence logique de ces mesures restrictives est donc qu'il y a moins d'infections et donc moins d'antibiotiques à prescrire. Une deuxième explication ne réside pas tant dans une moindre prévalence des maladies bactériennes, mais plutôt dans le manque d'opportunités d'obtenir une prescription pour celles-ci auprès d'un médecin (Colliers et al., 2021 ; van de Pol et al., 2021). En raison de la pression croissante causée par la pandémie, le secteur de la santé a été confronté à de graves problèmes de capacités. De ce fait, les soins non réguliers étaient parfois reportés ou certains patients hésitaient à demander une aide médicale. Par conséquent, il y a eu

2 Les antibiotiques à large spectre sont des antibiotiques visant à inhiber la croissance de différents types de bactéries (aussi bien les bactéries pathogènes que les « bonnes » bactéries importantes pour la flore endogène), ce qui les rend efficaces pour lutter contre un large éventail de pathologies bactériennes, mais favorise également la résistance et les effets secondaires.

moins d'occasions de se faire prescrire des antibiotiques. En réalité, la baisse de l'utilisation des antibiotiques est très probablement due à une combinaison de ces deux explications : les gens étaient moins susceptibles d'être infectés en respectant les mesures — ce qui s'applique évidemment à bien d'autres choses que le seul coronavirus — et s'ils tombaient malades, le seuil pour aller chez le médecin et se voir prescrire un antibiotique était plus élevé qu'en temps « normal ». Ces explications sont étayées par les étapes ultérieures de nos données : avec l'apaisement de la situation durant l'été 2020, le contact social et l'aide médicale sont devenus plus accessibles, ce qui s'est accompagné d'une augmentation de l'utilisation des antibiotiques. Le schéma inverse a été observé au cours des derniers mois de 2020, lorsqu'un nouveau confinement a été déclaré (bien que ce schéma soit contraire aux tendances saisonnières « normales »). En supposant que la pandémie soit sous contrôle, il semble probable que l'utilisation des antibiotiques revienne également à la « nouvelle normalité », comme le suggèrent, par exemple, les chiffres de la fin 2021.

3.2. Amoxicilline et amoxicilline en association avec l'acide clavulanique

Après avoir discuté des chiffres globaux, nous examinons plus en détail certains antibiotiques spécifiques. Un premier antibiotique qui mérite une attention particulière est l'amoxicilline, un médicament courant de la famille des pénicillines qui est prescrit pour un large éventail d'affections telles que les infections des voies respiratoires ou urinaires. Pour cette étude, l'amoxicilline présente un intérêt particulier en raison de son association fréquente avec l'acide clavulanique. Cette association — également appelée « co-amoxiclav » — peut être utilisée comme un antibiotique à large spectre contre des groupes plus larges de bactéries si celles-ci sont résistantes à l'amoxicilline. Cependant, la force de cette combinaison a également des effets néfastes sur la résistance aux antimicrobiens, c'est pourquoi la BAPCOC a fixé comme objectif pour 2018 que pour quatre prescriptions d'amoxicilline, il n'y ait qu'une seule prescription de co-amoxiclav — une évolution du ratio 50/50 de l'époque à 80/20 (Leroy et al., 2019).

Bien que nous soyons principalement intéressés par les proportions d'amoxicilline et de co-amoxiclav mentionnées ci-dessus, nous considérons d'abord à la figure 3 le nombre absolu d'utilisateurs. Dans une certaine mesure, l'évolution semble similaire aux chiffres globaux : le nombre d'utilisateurs atteint systématiquement un pic au cours des premier et quatrième trimestres, tandis que l'amoxicilline en particulier chute au printemps. L'impact de la crise de coronavirus semble beaucoup plus fort pour l'amoxicilline que pour le co-amoxiclav avec des diminutions de 66% (d'environ 200.000 à 68.000 utilisateurs) et 46% (d'environ 160.000 à 91.000 utilisateurs) respectivement. En raison de cette différence dans les chocs liés à la COVID-19³, le nombre d'utilisateurs du co-amoxiclav dépasse pour la première fois celui des consommateurs d'amoxicilline, ce qui ne semble se rétablir qu'à la fin de l'année 2021. La diminution observée pour l'amoxicilline au cours de la période de COVID-19 est identique à celle rapportée par Colliers et al. (2021), tandis que pour le co-amoxiclav, ils ont observé une baisse de seulement 38,1%, à comparer à la diminution de 66% du nombre global d'utilisateurs dans la figure 1.

La « robustesse » du co-amoxiclav au choc COVID-19 est également visible à la figure 4. Il est frappant de constater que le ratio avant la crise sanitaire devient systématiquement de 50/50 en été, avec une dominance de l'amoxicilline lors des autres trimestres. Après le premier confinement, la proportion de co-amoxiclav est supérieure à 50%, et ce n'est qu'à la fin que l'amoxicilline semble redevenir légèrement dominante. Bien que cette évolution dans le contexte sanitaire semble correspondre au statut du co-amoxiclav en tant qu'antibiotique à large spectre relativement lourd pour des infections potentiellement graves, la dominance de la combinaison avec l'acide clavulanique est plutôt inquiétante : le rapport souhaité de 80% d'amoxicilline pour 20% de co-amoxiclav semble encore loin. Une nuance importante ici est que l'utilisation absolue des deux antibiotiques reste inférieure à ce qu'elle était avant la pandémie, et que la réduction de la consommation absolue du co-amoxiclav est évidemment un objectif plus fondamental que le ratio avec l'amoxicilline.

3 Dans cet article, par le terme « choc COVID-19 », nous entendons une baisse brutale de l'utilisation d'antibiotiques au début du confinement. Cette baisse se produit toujours entre mars et avril 2020, ou entre le premier et le deuxième trimestre 2020.

Figure 3 : Évolution du nombre d'utilisateurs de l'amoxicilline et de co-amoxiclav entre 2015 et 2021 sur une base trimestrielle (officine publique/données MC)

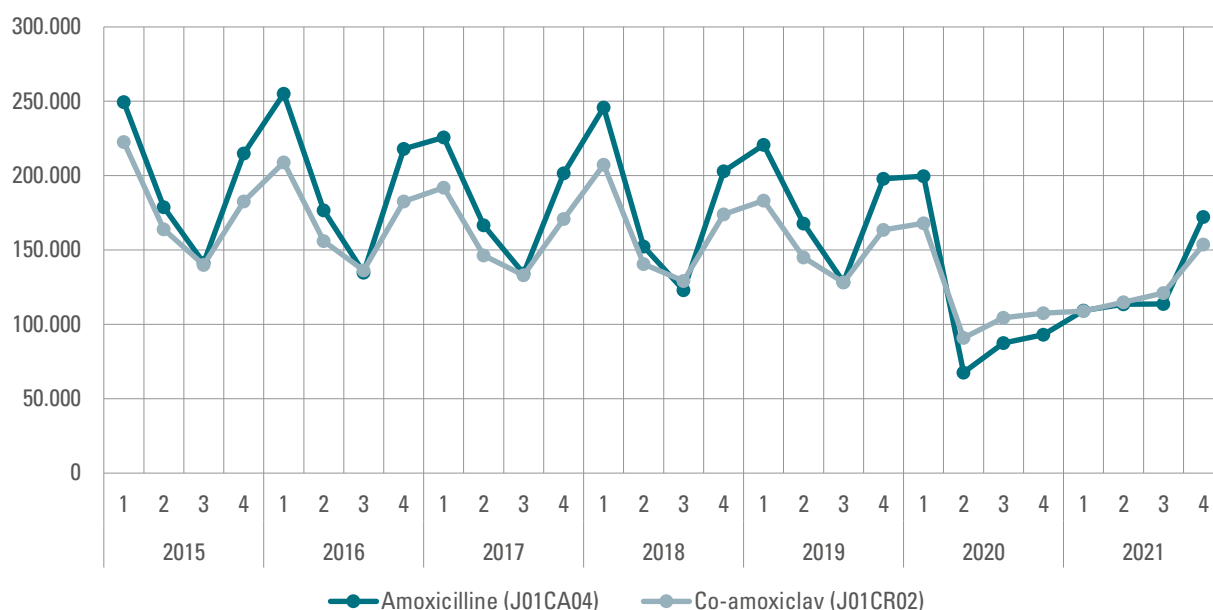
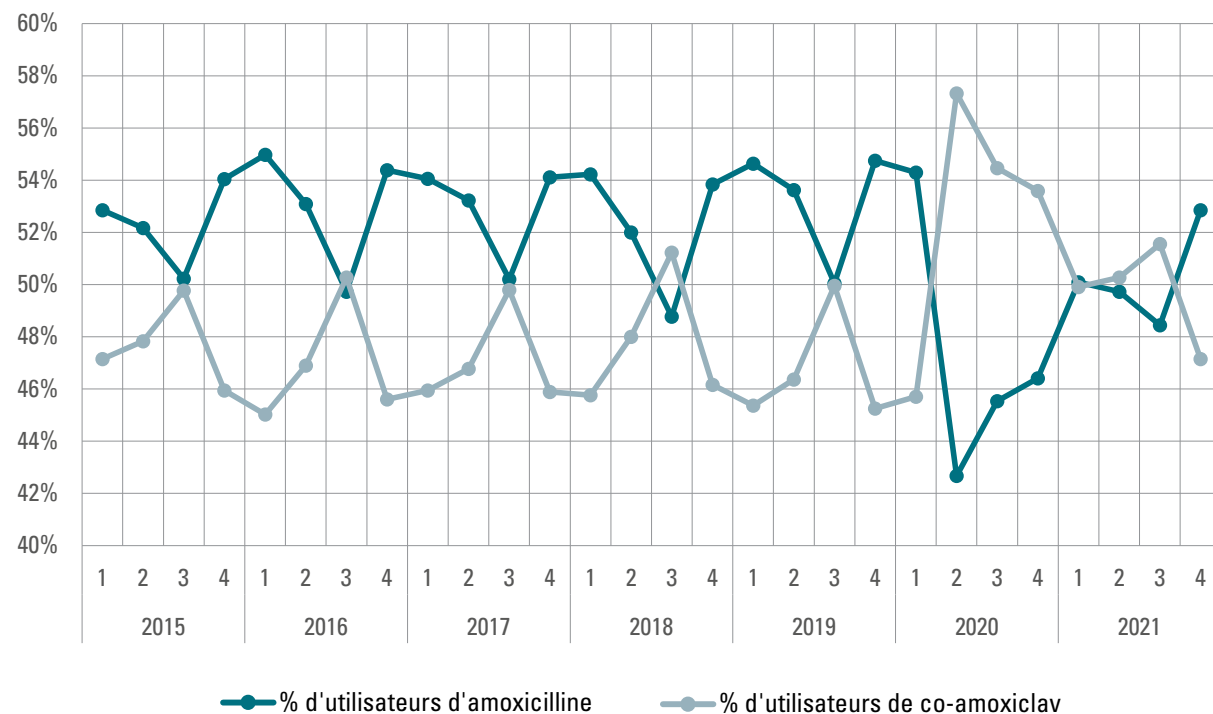


Figure 4 : Évolution du ratio d'utilisateurs d'amoxicilline et de co-amoxiclav entre 2015 et 2021 sur une base trimestrielle (officine publique/données MC)

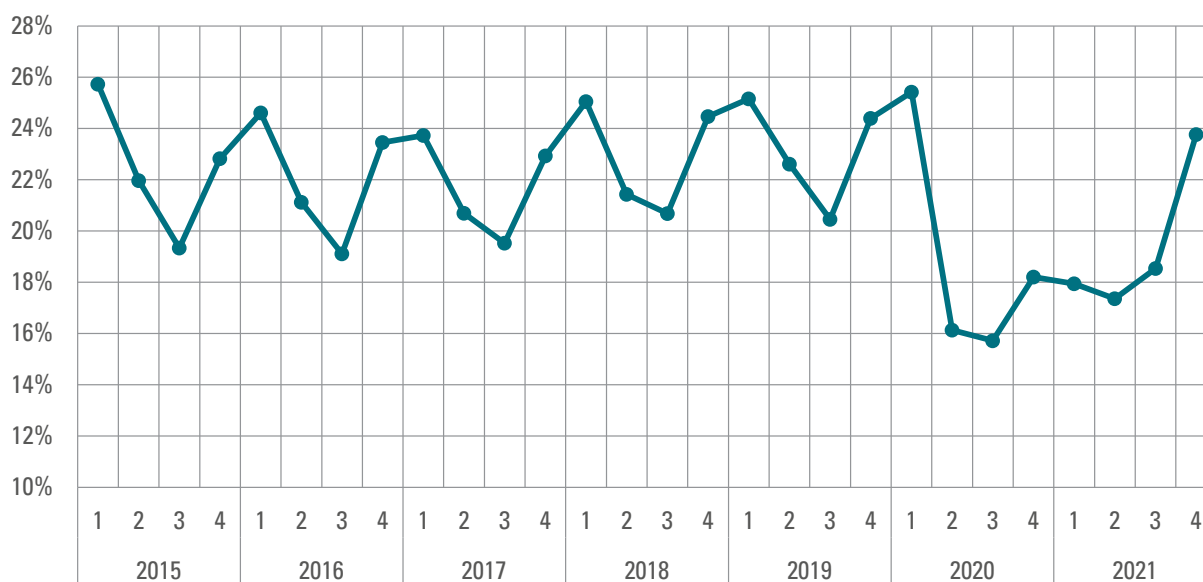


3.3. Macrolides et céphalosporines

Contrairement à la plupart des autres antibiotiques mentionnés dans cet article, les macrolides et les céphalosporines sont des antibiotiques de deuxième ligne typiques. Par conséquent, à la figure 5, nous considérons les ratios du nombre d'utilisateurs de ces antibiotiques par rapport au nombre total d'utilisateurs. Ce qui est le plus frappant, c'est le « contrecoup » de la pandémie de coronavirus en mai 2020 : alors qu'on ne constate habituellement une forte baisse du nombre d'utilisateurs qu'entre mars et avril, le nombre

d'utilisateurs continue ici de baisser jusqu'en mai. Entre mars et avril, le nombre d'utilisateurs est passé de 51.241 à 22.148 (-57%), avant de chuter à nouveau en mai à 17.083, soit une baisse totale de 67%. Cette baisse « retardée » au début du premier confinement est frappante, mais elle est parfaitement compréhensible dans le contexte des antibiotiques de deuxième ligne : les traitements antibiotiques de deuxième ligne ont généralement des indications plus sévères, et seront donc moins brusquement interrompus par un confinement.

Figure 5 : Rapport entre le nombre d'utilisateurs de macrolides et de céphalosporines et le nombre total d'utilisateurs d'antibiotiques entre 2015 et 2021 sur une base trimestrielle (officine publique/données MC)



Ce qui est également frappant dans les chiffres ci-dessus, c'est que les fluctuations semblent être relativement fortes par rapport à l'utilisation totale d'antibiotiques discutée ci-dessus. Ces fluctuations sont donc encore perceptibles dans l'évolution de la proportion de macrolides et de céphalosporines par rapport à l'utilisation totale d'antibiotiques dans les figures 1 et 2, bien que l'utilisation totale d'antibiotiques soit évidemment aussi soumise aux tendances saisonnières et au confinement, et des fluctuations de cette proportion suggèrent que les macrolides et les céphalosporines connaissent des fluctuations plus fortes. En général, la proportion semble fluctuer entre 16 et 25%, avec des proportions proches de cette limite inférieure au printemps et pendant le confinement.

3.4. Quinolones

En Belgique, en 2017, environ 10% du volume d'antibiotiques prescrits étaient constitués de quinolones (ECDC, 2017). Ces antibiotiques sont notamment efficaces dans les infections des voies respiratoires et des voies urinaires (Vermeulen et al. 2021), mais induisent plusieurs effets secondaires notables, tels que des plaintes gastro-intestinales et une neurotoxicité (excitation, hallucinations, mais aussi convulsions et dépression). En outre, l'émergence rapide de bactéries résistantes est un inconvénient important de l'utilisation des quinolones. En raison de cet impact défavorable à la fois sur la santé publique (consommation élevée + résistance) et sur l'individu (effets secondaires), les quinolones constituent

une catégorie d'antibiotiques évidente à réduire par des mesures politiques, à la fois en termes de consommation et de résistances.

À partir du 1er mai 2018, une telle mesure a été prise, par laquelle les cinq médicaments de la famille des (fluoro)quinolones ont été transférés au chapitre IV de la liste des médicaments remboursables de l'INAMI. Concrètement, ce transfert signifiait qu'à partir du 1er mai 2018, la ciprofloxacine, la lévofloxacine, la moxifloxacine, la norfloxacine et l'ofloxacine ne seraient remboursées qu'à la condition de diagnostics très spécifiques confirmés par le médecin prescripteur (INAMI, 2018). L'INAMI a spécifié sept conditions diagnostiques fortement délimitées, telles que la « prostatite aiguë », laissant la place à deux diagnostics légèrement plus génériques, tels qu'une « situation exceptionnelle et urgente nécessitant l'initiation d'un traitement à la quinolone ». L'INAMI décrit également comment la charge administrative de ce diagnostic ne repose pas sur les épaules du patient, mais sur celles du médecin prescripteur : ce remboursement n'est validé que si le médecin introduit une demande électronique ou indique sur la prescription que « le régime du tiers payant s'applique ». À partir de l'aperçu pharmacothérapeutique du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, 2021), on peut facilement vérifier que les prix de vente de ces quinolones sont relativement bas (généralement entre 8 et 25 euros par cure, selon le volume), dont la partie remboursée est généralement de quelques euros au maximum. Le caractère relativement modeste de cette incitation financière est important à la lumière de la justification fournie par l'INAMI (2018) pour cette nouvelle mesure : elle place la nouvelle condition de remboursement dans le contexte de l'utilisation excessive d'antibiotiques en Belgique, et de la nécessité absolue de freiner cette surconsommation dans la lutte contre les résistances.

Les figures 6 et 7 montrent l'évolution globale des quinolones remboursées entre 2015 et 2021. Les chiffres agrégés sur une base annuelle se trouvent dans le tableau 2, dans la reconstitution (estimée) de l'utilisation totale et non remboursée. On constate que l'évolution des quinolones remboursées est complètement dominée par la mesure de mai 2018 : la diminution du nombre d'utilisateurs en mai 2018 par rapport à avril est d'environ 75%. Comme les chiffres de la figure 6 sont trimestriels et que le mois d'avril se situe encore au deuxième trimestre, nous constatons une transition un peu plus progressive de -64% au deuxième trimestre, puis de -51% au troisième trimestre (au troisième trimestre, le nombre d'utilisateurs a chuté de 79% par rapport

au premier trimestre, mais cette baisse est en partie due aux tendances saisonnières). En termes de volume, on constate une évolution similaire, qui est chaque fois un peu plus faible. Cette baisse plus faible du volume n'est pas une surprise, car les personnes qui se conforment aux nouvelles règles de remboursement sont bien sûr libres de conserver leur ancien volume — éventuellement relativement élevé. Le choc lié au COVID-19 est également visible, avec des réductions de 39% et 34% respectivement au second semestre 2020. Si l'on compare cette réduction avec les chiffres de COVID-19 déjà évoqués, il est frappant de constater que les quinolones ont subi un impact relativement faible du COVID-19. Ce choc COVID-19 plus faible peut être une conséquence attendue du fait que l'utilisation des quinolones remboursées a déjà subi un « filtre » à travers la mesure de 2018, et de la possibilité que la proportion d'utilisateurs pour lesquels ces médicaments sont strictement nécessaires soit plus importante que pour les antibiotiques qui n'étaient pas soumis à une telle mesure. En tout état de cause, en ce qui concerne les quinolones remboursées, l'objectif de la mesure semble avoir été atteint. Les chiffres et les résultats de notre analyse sont donc conformes aux conclusions de Vermeulen et al. (2021), qui ont constaté que le volume de quinolones remboursées est passé de 2,12 DDD pour 1000 habitants avant la mesure (janvier 2017-avril 2018) à 0,52 DDD pour 1000 habitants ensuite (mai-novembre 2018). Ils ont également constaté une diminution significative de la proportion de quinolones dans le volume total des antibiotiques prescrits, qui est passée de 9,14% à 6,52%.

Bien que ces baisses soient encourageantes, quelques commentaires critiques s'imposent ici. Vermeulen et collègues (2021) indiquent eux-mêmes que cette proportion reste en deçà de l'objectif de 5%, et il est également frappant de constater que la baisse de l'utilisation remboursée (d'environ trois quarts) est beaucoup plus forte que la baisse de la proportion de l'utilisation prescrite (d'environ un tiers). Vermeulen et ses collègues notent également que les proportions de nitrofurantoïne, de nifurtoïne et de phosphomycine prescrites ont augmenté de manière significative après la mesure, ce qui, selon eux, pourrait être dû à une « compensation » pour les quinolones car ces antibiotiques sont également souvent utilisés contre les infections de la vessie. Comme nos chiffres sont basés sur les données de facturation — et donc en principe sur les quinolones remboursées — nous ajoutons dans le tableau 2 et la figure 8 une reconstitution basée sur les chiffres de l'Association pharmaceutique belge (APB, 2020). Ils observent également une diminution des quinolones remboursées d'environ 75% (sur la base des dépenses de l'INAMI), mais cette diminution s'accompagne d'une baisse

négligeable de moins de 4% des coûts supportés par le patient. Si la consommation générale a diminué de 37%, cette baisse est évidemment loin d'être proportionnelle à la baisse des médicaments remboursés. L'APB nuance encore cette différence d'efficacité en indiquant qu'avant la mesure, la quasi-totalité (plus de 9 sur 10) des quinolones étaient remboursées, alors qu'après celle-ci, la proportion de quinolones remboursées est tombée à environ 36%. Autrement dit, la mesure semble surtout profiter aux mutualités et un nombre important d'utilisateurs continuent à prendre les quinolones à leurs frais. Nous avons utilisé ce pourcentage de quinolones remboursées pour faire une reconstitution hypothétique de l'utilisation totale : comme il a été indiqué que seulement 36% des quinolones

sont remboursées après la mesure, nous avons fait une approximation de l'utilisation totale en divisant le nombre d'utilisateurs dans nos analyses par 0,36. Le nombre d'utilisateurs de quinolones non remboursées peut alors être facilement estimé en calculant la différence entre le nombre total et le nombre remboursé. Puisque l'APB (2020) a déclaré qu'avant la mesure « au moins neuf quinolones sur dix étaient remboursées », nous avons reconstitué le total avant la mesure de manière analogue en divisant par la limite inférieure prudente de 0,9. Le tableau 2 montre ces chiffres reconstitués avec les évolutions en pourcentage, comparés aux évolutions en pourcentage des quinolones remboursées dans notre base de données sur une base annuelle (avec mai comme mois de rupture).

Figure 6 : Évolution du nombre d'utilisateurs de quinolones entre 2015 et 2021 sur une base trimestrielle (officine publique/données MC)

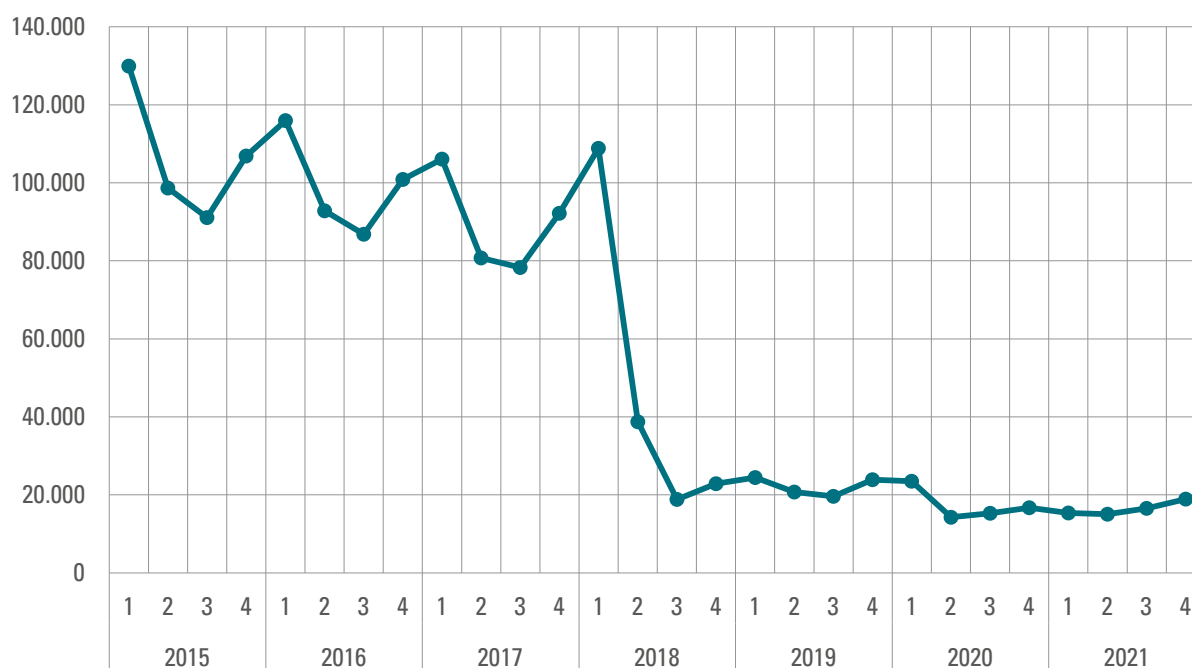


Figure 7 : Évolution de l'utilisation des quinolones entre 2015 et 2021 sur une base trimestrielle : volume et dépenses (officine publique/données MC)

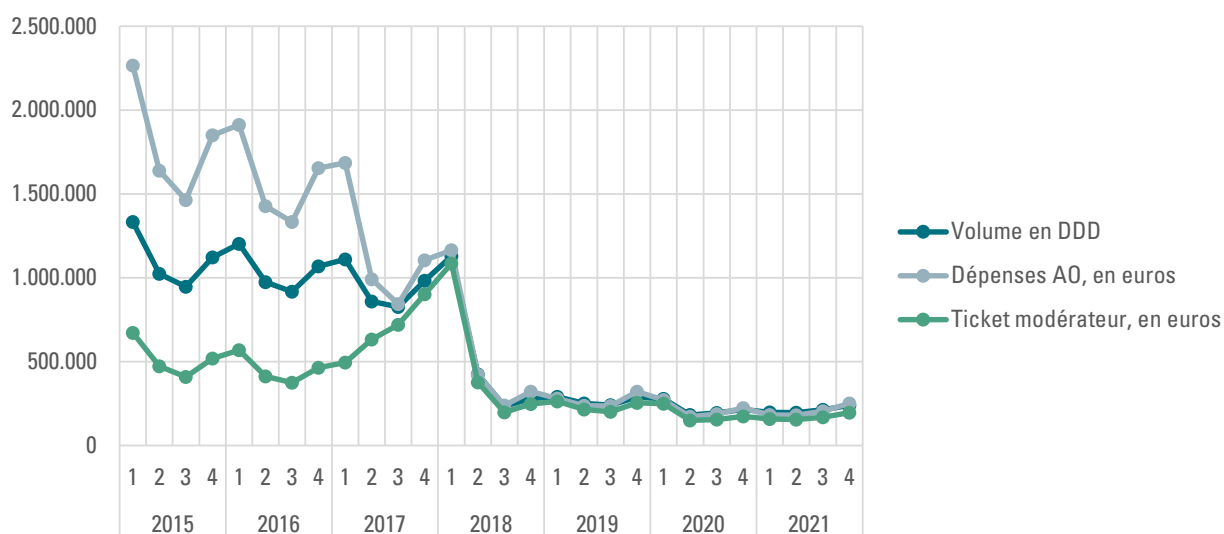


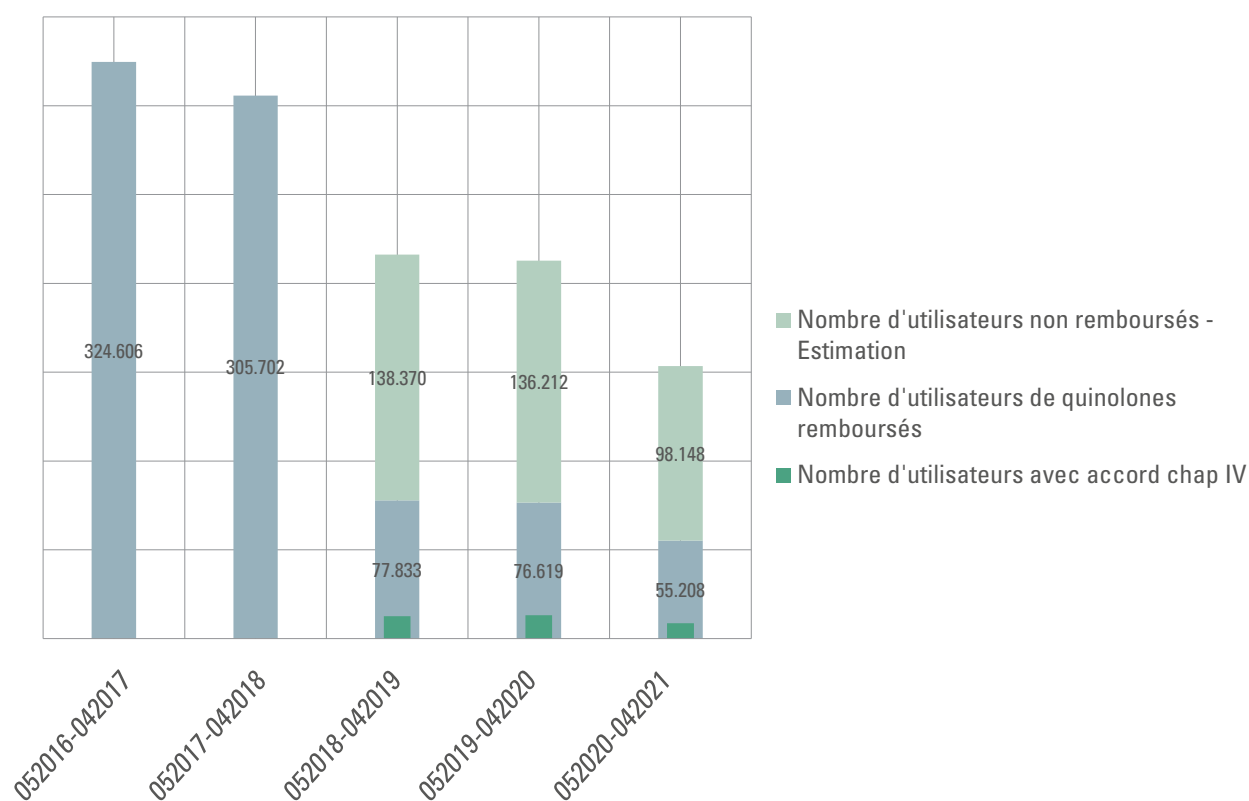
Tableau 2 : Nombre d'utilisateurs de quinolones remboursées et estimation du nombre d'utilisateurs de quinolones non remboursées entre 2016 et 2021 (officine publique/données MC/estimations APB)

Période	Quinolones remboursées		Quinolones remboursées et non-remboursées		Quinolones non-remboursées	
	Nombre d'utilisateurs	Variation en % par rapport à la période précédente	Nombre d'utilisateurs	Variation en % par rapport à la période précédente	Nombre d'utilisateurs	Variation en % par rapport à la période précédente
1/05/2016-30/04/2017	324.606	/	360.673	/	36.067	/
1/05/2017-30/04/2018	305.702	-5,82%	339.669	-5,82%	33.967	-5,82%
1/05/2018-30/04/2019	77.833	-74,54%	216.203	-36,35%	138.370	+307,37%
1/05/2019-30/04/2020	76.619	-1,56%	212.831	-1,56%	136.212	-1,56%
1/05/2020-30/04/2021	55.207	-27,95%	153.353	-27,95%	98.146	-27,95%

Les évolutions en pourcentage entre le 1er mai 2018 et le 30 avril 2019 sont particulièrement intéressantes sur une base annuelle, on retrouve bien la diminution des quinolones remboursées d'environ 75%, mais pour le nombre total de quinolones, cela ne semble même pas être la moitié. Certes, si la mesure a permis de réduire l'utilisation globale des quinolones, il ne faut pas fonder cette réussite uniquement sur les quinolones remboursées. Il serait intéressant d'effectuer des analyses de sous-groupes sur le nombre total d'utilisateurs pour voir si ces différences ont effectivement des implications sociales, mais sur la base de ces données reconstituées, une telle analyse n'est pas possible. Toutefois, il est important de considérer l'efficacité (encore considérable) de la mesure dans le

contexte global, c'est-à-dire en tenant compte également des antibiotiques compensatoires éventuels et de l'impact plus faible sur la consommation globale. Cet écart entre la baisse de l'usage remboursé et l'usage effectif est qualifié par l'APB de « médecine de classe » découlant de la lutte contre les résistances : l'incitation financière serait moins efficace parmi les classes aisées, la mesure pourrait donc potentiellement favoriser la stratification sociale de la santé. Dans le même temps, le CBIP nous apprend que ces remboursements concernent généralement des montants très faibles, mais qu'ils sont précédés d'un processus très précis, voire bureaucratique. La figure 8 illustre graphiquement ces différences entre l'utilisation remboursée et l'utilisation totale :

Figure 8 : Estimation du nombre d'utilisateurs de quinolones totales et non remboursées entre 2016 et 2021 (officine publique/données MC/estimations APB)



Enfin, il est intéressant d'examiner le nombre de membres ayant un accord pour le remboursement des quinolones sur la base des diagnostics requis enregistrés par l'INAMI. Le tableau 3 montre le nombre de membres par année et par diagnostic pour la période allant du 1^{er} mai 2018 au 30 avril 2021, avec à chaque fois le mois de mai comme mois de rupture. Nous constatons que le nombre de membres avec accord est plus faible dans la période entre le 1^{er} mai 2020 et le 30 avril 2021, ce qui pourrait être une conséquence de la réduction de l'utilisation des antibiotiques pendant la crise du COVID-19 (voir plus loin). Il est frappant de constater que les diagnostics sont dominés par les deux premières options de réponse (pyélonéphrite aiguë et prostatite aiguë), et surtout par le diagnostic générique d'une situation exceptionnelle et

urgente — qui, avec 18% à 29%, s'avère finalement ne pas être si exceptionnelle. La prédominance de cette catégorie de génériques suggère qu'il existe encore une grande marge d'amélioration pour limiter l'utilisation des quinolones aux situations strictement nécessaires. Dans l'ensemble, nous pouvons donc conclure que, bien qu'il semble y avoir une amélioration en termes d'utilisation des quinolones, il y a encore du pain sur la planche — ce qui se reflète, par exemple, dans la constatation de Vermeulen et autres (2021) que, même avec cette amélioration, nous n'avons pas encore atteint la proportion cible de 5% de quinolones dans l'utilisation totale des antibiotiques.

Tableau 3 : Diagnostics des membres MC avec accord de remboursement des quinolones entre 2018 et 2021 (officine publique/données MC)

Période	1 ^{er} mai 2018 - 30 avril 2019	1 ^{er} mai 2019 - 30 avril 2020	1 ^{er} mai 2020 - 30 avril 2021
Diagnostic	Nombre de membres avec accord (%)		
Pyélonéphrite aiguë, après prélèvement d'une culture pour antibiogramme	2.574 (20,46%)	2.702 (20,46%)	2.388 (27,74%)
Prostatite aiguë	2.253 (17,90%)	2.443 (18,50%)	1.917 (22,27%)
Prostatite chronique, après prélèvement d'une culture pour antibiogramme	177 (1,41%)	179 (1,36%)	123 (1,43%)
Urétrite aiguë, après prélèvement d'une culture pour antibiogramme	646 (5,14%)	743 (5,63%)	528 (6,13%)
Orchi-épididymite	612 (4,86%)	633 (4,79%)	480 (5,58%)
Pelvic Inflammatory Diseases	234 (1,86%)	240 (1,82%)	179 (2,08%)
Diverticulite aiguë, non compliquée	983 (7,81%)	1.017 (7,70%)	756 (8,78%)
Chez les patients présentant des comorbidités graves, ou traités avec un immunosuppresseur, ou présentant une tumeur maligne ou une infection par le VIH	1.542 (12,26%)	1.433 (10,85%)	635 (7,38%)
Une situation exceptionnelle et urgente nécessitant l'instauration d'un traitement aux quinolones	3.559 (28,29%)	3.817 (28,90%)	1.603 (18,62%)
Nombre total de membres avec accord	12.580	13.207	8.609

3.5. Comportement de prescription des dentistes

Le KCE (Leroy et al., 2020) indique qu'en 2016, 5,8% des antibiotiques dans les soins ambulatoires belges ont été prescrits par des dentistes, et que ces chiffres étaient encore plus élevés pour la clindamycine, le métronidazole et l'amoxicilline avec ou sans acide clavulanique. Toutefois, dans le même rapport, le KCE a énuméré un certain nombre d'indications dentaires pour ces antibiotiques, de sorte que la prédominance de ces types d'antibiotiques chez les dentistes ne doit pas nécessairement être considérée comme choquante. Le tableau 4 présente les 10 antibiotiques les plus fréquemment prescrits par les dentistes en

2019, dont certains ne figurent pas dans les applications dentaires rationnelles sélectionnées par le KCE (en bleu dans le tableau 4). Afin de se faire une idée de l'ampleur de l'utilisation d'antibiotiques inappropriés en soins dentaires, cette section zoome sur certains des médicaments utilisés dans les cabinets dentaires. Pour cela, nous utilisons 2019 comme dernière année « normale ». En effet, Subramanya et collègues (2021) ont constaté une augmentation des antibiotiques dentaires pendant la période où les cabinets dentaires devaient rester fermés mais où les prescriptions étaient encore possibles par voie électronique (les antibiotiques pouvaient alors être utilisés pour soulager les symptômes dentaires, par exemple).

Tableau 4 : Top 10 des médicaments les plus fréquemment prescrits par les dentistes en 2019 selon le nombre d'utilisateurs d'antibiotiques et de métronidazole (officine publique/données MC)

Classement	Médicament	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Amoxicilline	93.406	90.892	86.981	83.700	83.122	76.093	78.503
2	Amoxicilline avec acide clavulanique	59.868	61.856	60.834	61.074	62.870	62.490	64.006
3	Clindamycine	23.328	22.724	21.637	21.264	20.796	19.477	19.329
4	Azithromycine	6.236	6.180	5.822	5.819	5.972	5.510	5.987
5	Metronidazol	3.479	3.641	3.547	3.512	3.721	3.264	3.727
6	Claritromycine	4.785	4.545	4.105	3.707	3.329	2.709	2.599
7	Doxycycline	3.718	3.363	3.036	2.683	2.504	1.855	1.625
8	Spiramycine	2.120	1.961	1.762	1.443	1.454	1.068	893
9	Fosfomycine	249	274	285	291	307	232	224
10	Céfuroxime	331	305	324	300	296	244	220

3.5.1. Comportement de prescription de la spiramycine et de la doxycycline en 2019

La spiramycine et la doxycycline ne sont pas mentionnées dans le rapport du KCE évoqué plus haut, mais se classent respectivement en huitième et septième position parmi les antibiotiques les plus fréquemment prescrits par les dentistes dans le tableau 4. Cette utilisation est curieuse, étant donné qu'il y a un manque de preuves scientifiques pour l'utilisation

de ces deux antibiotiques dans les soins dentaires. Pourtant, on constate que 26,5% du volume total de spiramycine en 2019 a été prescrit par des dentistes. Nous nous concentrons sur la comparaison entre le nombre moyen d'utilisateurs par prescripteur et le volume moyen par prescripteur.

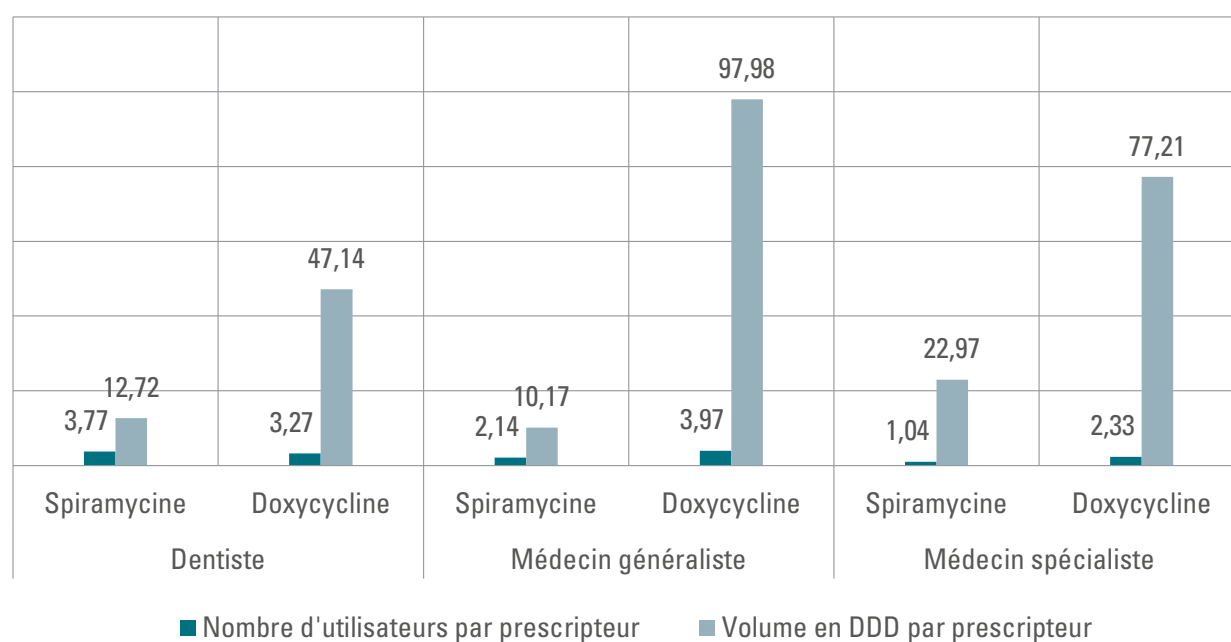
La comparaison entre le nombre moyen d'utilisateurs par prescripteur et le volume moyen par prescripteur⁴ dans la

⁴ Dans nos chiffres moyens par prescripteur, il est important de noter que cette moyenne est calculée sur la base du nombre total de médecins ayant prescrit des antibiotiques en 2019. Pour les dentistes, selon nos chiffres, il s'agit de 65% de l'ensemble des dentistes en exercice en 2019.

figure 9 montre que le volume relatif pour la spiramycine ne diffère pas tellement de celui des généralistes (alors que pour les spécialistes, il est presque deux fois plus élevé parce qu'ils ont tendance à prescrire des doses plus élevées à un plus petit nombre de patients présentant des problèmes graves). Nous constatons également que les dentistes sont plus enclins à prescrire des doses plus faibles pour un plus grand nombre de patients. Pour la doxycycline, tant le nombre d'utilisateurs que le volume par prescripteur sont

plus faibles chez les dentistes que chez les généralistes, bien que cette utilisation ne puisse pas non plus être justifiée. Dans tous les cas, ces chiffres nous apprennent qu'il y a une utilisation injustifiée de ces antibiotiques dans les cabinets dentaires ; l'idéal serait de réduire ces chiffres à 0 utilisateur par prescripteur. Notre analyse incite à réfléchir à l'utilisation de la spiramycine et de la doxycycline dans les cabinets dentaires, car le taux d'utilisation élevé ne semble pas conciliable avec les faibles évidences scientifiques.

Figure 9 : Nombre moyen d'utilisateurs et volume (DDD) par prescripteur de spiramycine et de doxycycline en 2019 (officine publique/données MC)



Afin d'aborder ce comportement de prescription de manière plus détaillée, nous avons examiné l'utilisation de la spiramycine dentaire dans une région et par catégorie d'âge des prescripteurs dentistes. Ce qui frappe dans le tableau 5, c'est que le taux de prescription est plus de deux fois plus élevé en Wallonie qu'en Flandre. Cependant, il est important de noter que la différence de pourcentage est minime (1 point

de pourcentage en 2019) en raison du faible pourcentage d'utilisateurs. On observe également une tendance favorable dans les deux régions. La situation à Bruxelles est moins bonne qu'en Flandre, mais meilleure qu'en Wallonie, bien que l'on constate ici une évolution favorable un peu plus lente que dans les autres régions.

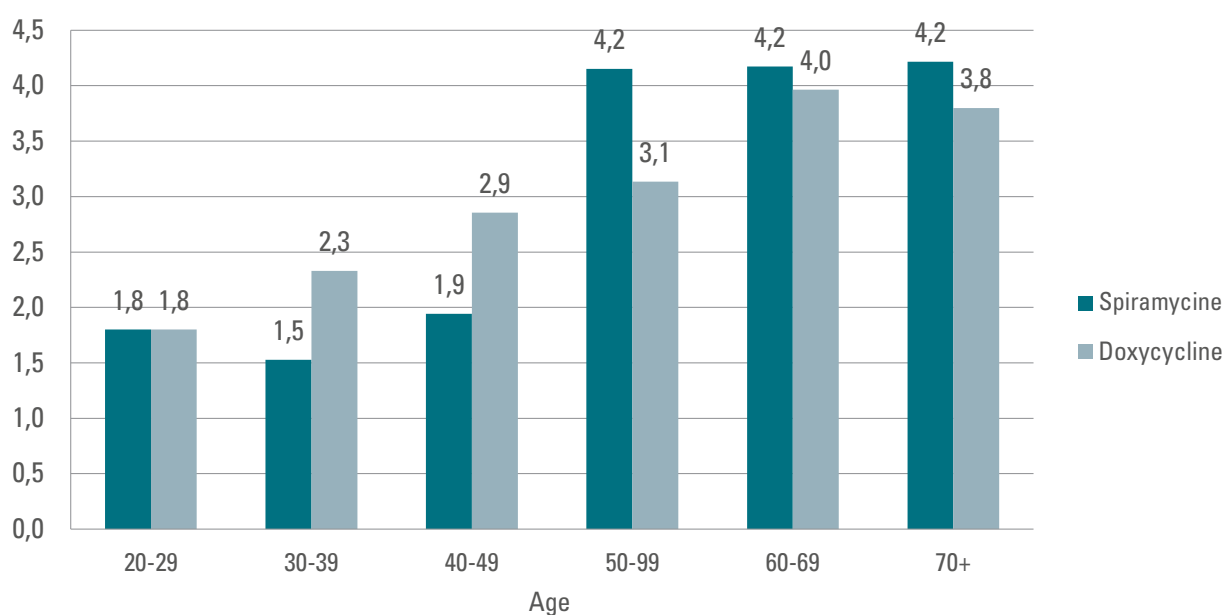
Tableau 5 : Évolution du pourcentage d'utilisateurs de spiramycine prescrite par les dentistes par rapport au nombre total d'utilisateurs d'antibiotiques prescrits par les dentistes entre 2015 et 2021 (officine publique/données MC)

Région	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bruxelles	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,7%	0,8%
Wallonie	2,1%	2,1%	1,9%	1,7%	1,6%	1,3%	1,0%
Flandre	0,8%	0,8%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%

Dans la figure 10, on constate que ce sont surtout les dentistes de plus de 50 ans qui ont tendance à prescrire de la spiramycine et de la doxycycline. Cette différence peut s'expliquer par la formation dentaire. En effet, dans les années 1980, la spiramycine et la doxycycline étaient recommandées pour les parodontites en cas d'allergie à la pénicilline, alors que l'évolution des connaissances recommande aujourd'hui l'azithromycine, la clarithromycine, la clindamycine et le métronidazole dans ce scénario. Nous pouvons donc dire

que la prescription de spiramycine et de doxycycline peut être solutionnée, sachant que les principaux problèmes se situent chez les dentistes de plus de 50 ans. Les générations de dentistes plus âgés semblent donc être le groupe le plus intéressant pour sensibiliser à l'utilisation rationnelle de ces antibiotiques. De même, pour la spiramycine, la Wallonie serait une région plus intéressante à approcher, car les taux de prescription y sont les plus élevés.

Figure 10 : Nombre moyen d'utilisateurs par prescripteur de spiramycine et de doxycycline chez les dentistes, par groupe d'âge, en 2019 (officine publique/données MC)

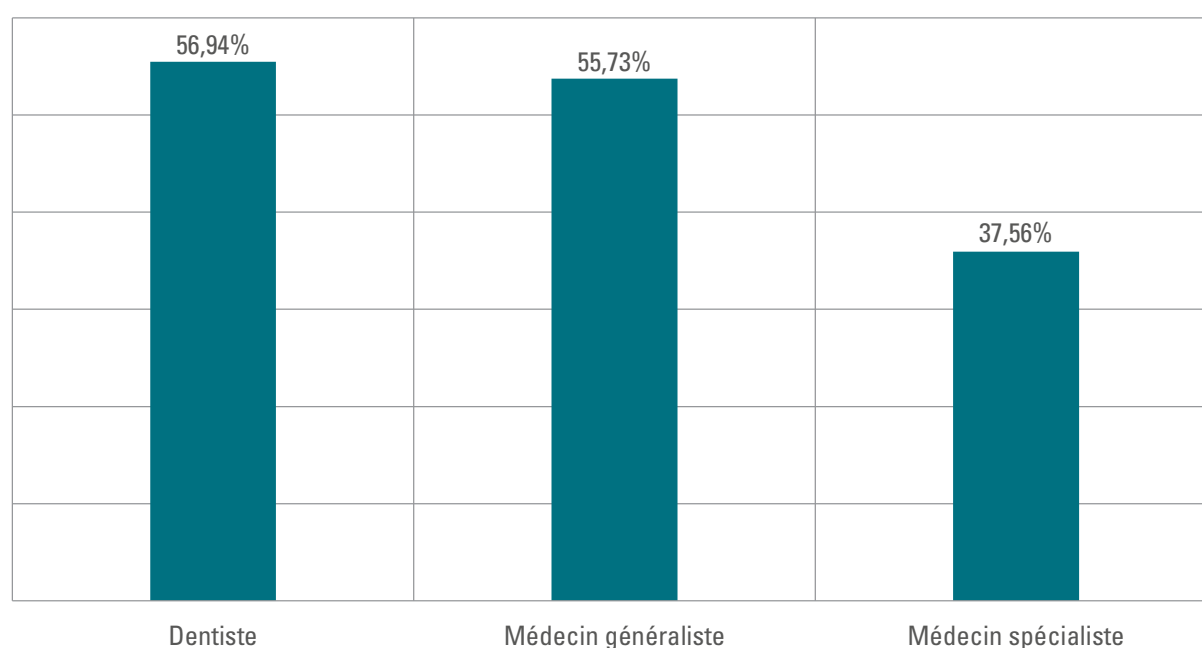


3.5.2. Ratios d'amoxicilline avec et sans acide clavulanique en 2019

Comme l'amoxicilline et le co-amoxiclav figurent tous deux dans le top 10 des antibiotiques les plus fréquemment prescrits par les dentistes, mais que le KCE (Leroy et al., 2020) ne donnait que des recommandations sur l'utilisation de l'amoxicilline sans l'association avec l'acide clavulanique, nous examinons en Figure 11 le nombre d'utilisateurs de ces deux antibiotiques ventilés par spécialité. Nos chiffres

montrent que, si nous suivons strictement les directives du KCE, il y a en principe 62.870 utilisateurs de co-amoxiclav de trop dans le secteur dentaire. La proportion d'amoxicilline est plus élevée chez les dentistes que chez les généralistes et les spécialistes ; cette proportion est encore loin du rapport 80/20 souhaité. La faible proportion d'amoxicilline chez les spécialistes, 37,5%, semble logique dans leur contexte de soins de deuxième ligne plus lourds et réservés aux cas graves.

Figure 11 : Ratio du nombre d'utilisateurs d'amoxicilline par rapport au co-amoxiclav par prescripteur en 2019 (officine publique/données MC)

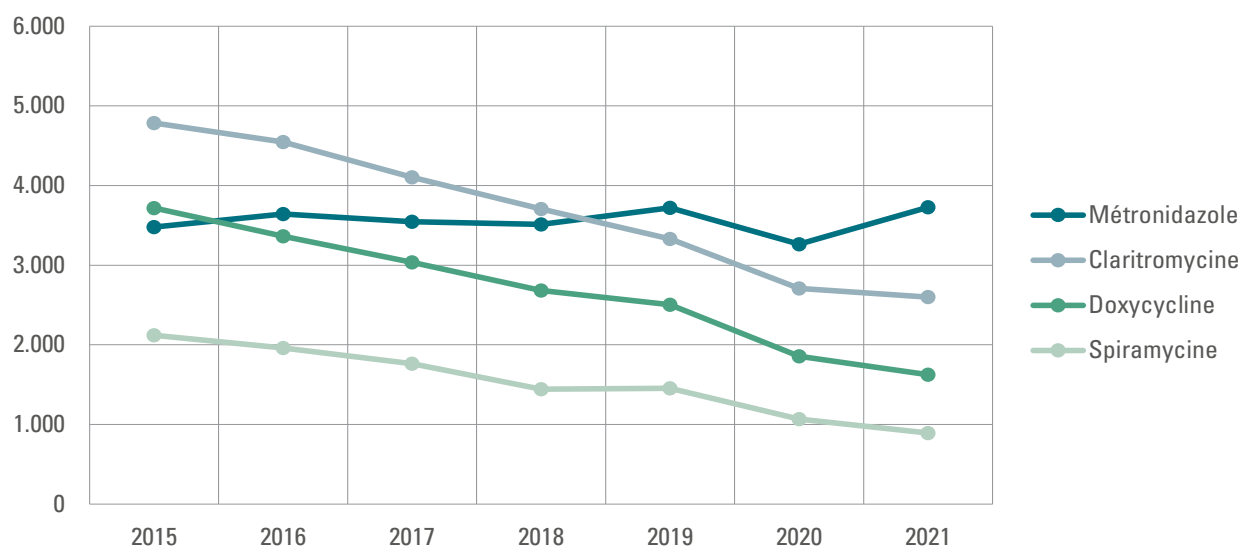


3.5.3. Comportement de prescription du métronidazole en 2019

Bien que le métronidazole soit mentionné dans les recommandations du KCE (Leroy et al., 2020), ce médicament ne fait pas techniquement partie des 10 antibiotiques les plus fréquemment prescrits par les dentistes dans le tableau 4. Il y a une bonne raison à cela : à proprement parler, il s'agit d'un antiparasitaire et non d'un antibiotique. Comme ce médicament a des applications antibactériennes et se situe parmi les recommandations dentaires du KCE pour un usage rationnel des antibiotiques, nous examinons également le nombre absolu et relatif d'utilisateurs et le volume pour le métronidazole en 2019. Nous constatons qu'en 2019, 3.721 utilisateurs se sont vu prescrire du métronidazole par un dentiste, soit plus que le nombre d'utilisateurs de doxycycline

et de spiramycine (voir Figure 12). Contrairement à ces deux antibiotiques prescrits à tort, les utilisateurs de métronidazole peuvent avoir des raisons dentaires légitimes de le faire, puisque le médicament est recommandé par le KCE pour le traitement non chirurgical de la parodontite agressive (bien qu'il ne le recommande que faiblement). Le nombre moyen d'utilisateurs par prescripteur est de 2,9 utilisateurs, et pour le volume, il est de 16,2 DDD. Nos analyses montrent également que — bien que 15% des dentistes prescripteurs prescrivent le médicament — la proportion d'utilisateurs et surtout le volume restent constamment très faibles, à savoir 2% et 1% respectivement. Le métronidazole n'apparaît donc pas d'emblée comme un médicament problématique en pratique dentaire, même si, selon le KCE (Leroy et al., 2020), son efficacité n'est pas particulièrement convaincante.

Figure 12 : Évolution du nombre d'utilisateurs de métronidazole, de clarithromycine, de doxycycline et de spiramycine chez les dentistes entre 2015 et 2021 (officine publique/données MC)



4. Conclusions et recommandations

Nous avons vu que les mesures ont eu un succès variable : suite au transfert des antibiotiques vers la catégorie de remboursement C et au plan d'action One Health, aucune amélioration immédiate n'a été perceptible, tandis que dans le cas du remboursement des quinolones, cela a semblé fonctionner principalement pour les quinolones remboursées et dans une moindre mesure pour l'utilisation totale. Un premier fil conducteur de nos analyses semble aller dans le sens de notre étude précédente (Van haecht et al., 2019) : les incitations financières au détriment de l'utilisateur final ne semblent pas être le saint graal de l'utilisation rationnelle des antibiotiques. Par ailleurs, ces règles de remboursement fournissent une raison purement extrinsèque de réduire la consommation, sans convaincre les patients que leur mode de consommation est nuisible pour eux-mêmes et pour la santé publique. En outre, nous avons constaté que ces mesures étaient dérisoires par rapport à l'impact du COVID-19, une « mesure » qui échappe à notre contrôle. Cependant, tout porte à croire qu'avec l'évolution vers une « nouvelle normalité », l'utilisation des antibiotiques va également retrouver un nouveau modèle de consommation stable, semblable à celui d'avant la crise de coronavirus. La sensibilisation, la prévention et la motivation semblant plus souhaitables que les incitations purement financières, une telle approche « douce » serait parfaitement compatible avec le plan d'action One Health en cours, lequel a été contraint de fonctionner dans l'ombre de la pandémie ces deux dernières années.

Une première recommandation consisterait donc à assurer une transition raisonnable vers la nouvelle normalité : nous pourrions intégrer les leçons de la crise sanitaire dans un plan d'action redéfini pour atteindre l'utilisateur final sur le plan comportemental, plutôt que de le « punir » simplement par des mesures financières. Bien qu'une grande partie de la diminution de l'utilisation des antibiotiques au cours de la pandémie ait sans aucun doute été le résultat de mesures de confinement auxquelles nous ne voulons plus jamais revenir et que les antibiotiques ont toujours leur place dans les maladies graves, nous pouvons supposer avec suffisamment de confiance qu'une partie au moins de l'utilisation « disparue » était une consommation inutile d'antibiotiques. La poursuite de la sensibilisation et de la prévention dans le cadre de l'approche One Health pourrait donc, là où c'est possible, mettre l'accent sur cet aspect et décourager les gens de recourir aux antibiotiques en cas de plaintes mineures.

L'approche One Health nous a également appris l'importance de la collaboration et de la coordination au niveau du prescripteur. Une recommandation qui suit cette philosophie est d'encourager la concertation entre médecins et pharmaciens, telle que décrite dans le programme « Moins d'antibiotiques en toute sécurité » (Consultation médico-pharmaceutique, 2020). Ce programme vise à optimiser la collaboration entre médecins et pharmaciens afin d'informer et de sensibiliser au mieux les patients, dans le but de réduire et d'améliorer l'utilisation des antibiotiques. Pour faciliter cette collaboration et les décisions finales, le programme fournit aux deux parties une série de listes de contrôle permettant d'évaluer

si les antibiotiques seraient effectivement la solution pour le patient en question. Il semble essentiel d'encourager ou de poursuivre ces collaborations harmonisées afin de réduire l'utilisation inutile d'antibiotiques et donc la résistance aux antimicrobiens. Outre la collaboration, la sensibilisation est également essentielle au niveau des prescripteurs : nos analyses ont suggéré que les connaissances des prescripteurs en matière d'utilisation rationnelle des antibiotiques doivent être actualisées ici et là. Nous recommandons donc vivement à toute personne autorisée à prescrire des antibiotiques d'actualiser régulièrement ses connaissances sur le sujet en y apportant de nouveaux éclairages et de nouvelles recommandations, par exemple en suivant les directives de la BAPCOC sur le site du CBIP dont nous avons déjà parlé.

Cependant, nous constatons également que la décision finale de prescrire ou non des antibiotiques appartient principalement au médecin, en tant que « gatekeeper » des médicaments. Il est donc également logique de s'adresser aux médecins prescripteurs plutôt qu'au seul utilisateur final. Bien sûr, ceci est déjà partiellement repris dans One Health, puisqu'ils sont également approchés par des actions de sensibilisation et de prévention. Une approche comportementale possible pourrait consister à lever l'incertitude au moment du diagnostic afin que le médecin puisse juger plus objectivement de la nécessité de prescrire ou non des antibiotiques. Un outil utile pour améliorer la certitude du diagnostic est fourni par le dosage de la protéine C-réactive comme test 'point of care' (POC-CRP), un test administré dans le cabinet du médecin pour mesurer le niveau de CRP (un indicateur d'inflammation (bactérienne)). Bien que tous les résultats de la littérature ne montrent pas un impact significatif du test POC-CRP sur le comportement de prescription, Boere et al. (2021) et Lemiengre et al. (2018), entre autres, rapportent des résultats favorables. Un tel test peut en effet contribuer à réduire l'incertitude quant au diagnostic et à la nécessité éventuelle de recourir aux antibiotiques, et donne également au médecin un point d'ancrage plus objectif et une justification pour oser refuser les antibiotiques aux patients qui pourraient les demander. Dans cette optique, il nous semble également essentiel qu'un médecin ose refuser la prescription d'un antibiotique à un patient pour lequel ce traitement ne semble pas nécessaire et que, le cas échéant, les médecins disposent d'un filet de sécurité approprié pour prendre cette décision parfois difficile. Une dernière recommandation comportementale consiste à « marquer » l'utilisation des antibiotiques, afin de s'écarter subtilement de la norme. Dans une certaine mesure, c'est ce qui s'est passé avec les quinolones en 2018 : le remboursement de ces médicaments ne s'est soudainement plus fait « automatiquement », car le remboursement doit désormais être demandé explicite-

ment par le médecin en indiquant un diagnostic approprié. Bien que nous ayons vu que cette mesure semblait avoir un impact principalement sur les remboursements, nous ne pouvons ignorer le fait que l'utilisation absolue a également diminué de manière significative. Si les recommandations « plus douces » et les autres formes de marquage de l'utilisation des antibiotiques ne sont pas efficaces, l'extension de la mesure relative aux quinolones à d'autres catégories d'antibiotiques pourrait être un dernier recours pour réduire au moins quelque peu l'utilisation absolue.

En ce qui concerne les dentistes, nous constatons qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire pour exclure de leurs prescriptions les antibiotiques non recommandés, la spiramycine, le co-amoxiclav et la doxycycline étant les produits les plus en vue. Bien que des incitations financières concernant le remboursement de ces antibiotiques à usage dentaire puissent être une solution, une approche basée sur la sensibilisation semble également plus souhaitable ici. Comme l'utilisation incorrecte de la spiramycine et de la doxycycline semble être davantage un problème de la génération de dentistes plus âgée, nous pourrions nous concentrer sur la mise à jour des recommandations sur l'utilisation rationnelle et correcte des antibiotiques. Pour cela, les recommandations récentes telles que les directives du KCE et de la BAPCOC évoquées ci-dessus sont essentielles, et celles-ci doivent donc être mises en œuvre avec le soin nécessaire dans les formations et les cours de recyclage pour que chaque dentiste belge soit suffisamment à jour. À cet égard, notre étude constitue un complément important aux recherches de Lamper et Politis (2020) qui, dans leur étude sur le comportement prescriptif des dentistes, soulignent le rôle des programmes universitaires pour favoriser les prescriptions rationnelles. Cette recommandation s'inscrit également parfaitement dans l'approche informative et holistique de One Health et, dans une certaine mesure, elle est reprise dans notre recommandation, discutée précédemment, d'actualiser régulièrement les connaissances sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques.

En conclusion, nous pouvons dire qu'il y a en tout cas une évolution positive dans l'utilisation des antibiotiques en Belgique, mais nous ne devons pas nous reposer sur nos lauriers, surtout maintenant que la consommation est presque revenue à ce qu'elle était avant le COVID-19. Les récentes mesures financières ne sont clairement pas suffisantes, et nous devons tous être sur la même longueur d'onde dans cette lutte contre la surconsommation et la résistance aux antimicrobiens.

Bibliographie

- Algemene Pharmaceutische Bond. (2020). Helpt patiënten betaalt chinolonen nu vaak gewoon uit eigen zak. *Farmaceutisch Tijdschrift voor België*, 4, 14-15.
- Antimicrobial Resistance Collaborators. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 399(10325), 629-655.
- Armitage, R. & Nellums, L.B. (2021). Antibiotic prescribing in general practice during COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(6), e144.
- Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. (2022). *Quinolones*. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=10165>
- Commission belge de coordination de la politique antibiotique. (2019). *Plan d'action nationale belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2020-2024*.
- Commission belge de coordination de la politique antibiotique. (2021). *One Health report on antibiotic use and resistance 2011-2020*.
- Boere, T.M., van Buul, L.W., Hopstaken, R.M., van Tulder, M.W., Twisk, J.W.M.R., Veheij, T.J.M & Hertogh, C.M.P.M. (2021). Effect of C reactive protein point-of-care testing on antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 374.
- Bruyndonckx, R., Coenen, S., Hens, N., Vandael, E., Catry, B. & Goossens, H. (2020). Antibiotic use and resistance in Belgium: the impact of two decades of multi-faceted campaigning. *Acta Clinica Belgica*, 76 (4).
- Colliers, A., De Man, J., Adriaenssens, N., Verhoeven, V., Anthierens, S., De Loof, H., Philips, H., Coenen, S. & Morreel, S. (2021). Antibiotic Prescribing Trends in Belgian Out-of-Hours Primary Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study Using Routinely Collected Health Data. *Antibiotics*, 10, 1488.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Quality indicators for antibiotic consumption in the community*. Disponible sur : <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>.
- Lamper, N. & Politis, C. (2020). Voorschrijfgedrag van tandartsen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 76(22), 1154-1160.
- Leroy, R., Christiaens, W., Maertens De Noordhout, C. & Hanquet, G. (2019). Proposals for a more effective antibiotic policy in Belgium. Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre .
- Leroy, R., Bourgeois, J., Verleye, L., Declerck, D., Depuydt, P., Eloit, A., Carvalho, J.C., Teughels, W., Cauwels, R., Leprince, J., Toma, S., Michiels, K., Aryanpour, S., Vanden Abbeele, A. & De Bruyne, M. (2020). *Richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Gagliotti, C., Buttazzi, R., Ricchizzi, E., Di Mario, S., Tedeschi, S. & Moro M.L. (2021). Community use of antibiotics during the COVID-19 lockdown. *Infectious Diseases*, 53(2), 142-144.
- Hussain, A.Z., Paudyal, V. & Hadi, M.A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Prescribing Patterns of First-Line Antibiotics in English Primary Care: A Longitudinal Analysis of National Prescribing Dataset. *Antibiotics*, 10, 591.
- King, L.M., Lovegrove, M.C., Shebab, N., Tsay, S., Budnitz, T.S., Geller, A.L., Lind, J.N., Roberts, R.M., Hicks, L.A. & Kabbani, S. (2021). Trends in US Outpatient Antibiotic Prescriptions During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Clinical Infectious Diseases*, 73(3), 652-660.
- Lemiengre, M.B., Verbakel, J.Y., Colman, R., Van Roy, K., De Burghgraeve, T., Buntinx, F., Aertgeerts, B., De Baets, F. & De Sutter, A. (2018). Point-of-care CRP matters: normal CRP levels reduce immediate antibiotic prescribing for acutely ill children in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 1-14.
- Medisch-Farmaceutisch Overleg. (2020). *Veilig minder antibiotica*. Disponible sur : <https://www.medischfarmaceutischoverleg.be/antibiotica>.
- INAMI. (2017). Antibiotiques : *remboursement au 1er mai 2017*. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antibiotiques-20170501.aspx>
- INAMI. (2018). *Antibiotiques de la classe des (fluoro)quinolones : remboursement au 1er mai 2018*. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antibiotiques-fluoro-quinolones.aspx>
- Subramanya, S.H., Czyz D.M., Acharya, K.P. & Humphreys, H. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on antimicrobial resistance and antibiotic stewardship. *VirusDisease*, 32(2), 330-337.
- Tyrstrup, M., van der Velden, A., Engstrom, S., Goderis, G., Molstad, S., Verheij, T., Coenen, S. & Adriaenssens, N. (2017). Antibiotic prescribing in relation to diagnoses and consultation rates in Belgium, the Netherlands and Sweden: use of European quality indicators. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 10-18.
- van de Pol, A.C., Boeijen, J.A., Venekamp, R.P., Platteel, T., Damoiseaux, R.A.M.J., Kortekaas, M.F. & van der Velden, A.W. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Antibiotic Prescribing for Common Infections in The Netherlands: A Primary Care-Based Observational Cohort Study. *Antibiotics*, 10, 196.
- Van haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R. & Morel, M. (2019). Augmentation des prix des antibiotiques. *MC-Informations*, 277, 31-36.

Vermeulen, H., Coenen, S., Hens, N. & Bruyndonckx, R. (2021). Impact of changing reimbursement criteria on the use of fluoroquinolones in Belgium. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 76, 2725-2732.

Zhu, N.J., Aylin, P., Ricchizzi, E., Rawson, T., Gilchrist, M., Majeed, A. & Holmes, A. (2021). Investigating the impact of COVID-19 on primary care antibiotic prescribing in North West London across two epidemic waves. *Clinical Microbiology and Infection*, 27, 762-768.

Zhu, N.J., McLeod, M., McNulty, C.A.M., Lecky, D.M., Holmes, A.H. & Ahmad, R. (2021). Trends in Antibiotic Prescribing in Out-of-Hours Primary Care in England from January 2016 to June 2020 to Understand Behaviours during the First Wave of COVID-19. *Antibiotics*, 10, 32.

Les téléconsultations durant la pandémie de COVID-19

Une étude de l'Agence Intermutualiste

Hervé Avalosse — Service d'études MC-CM
Jérôme Vrancken, Didier Willaert — UNMS
Johan Vanoverloop — Agence Intermutualiste

Résumé

Durant la pandémie de COVID-19 de nouveaux codes de nomenclature ont été créés au sein de l'assurance obligatoire soins de santé afin que des consultations puissent se tenir à distance (par téléphone, généralement). Le but était de pouvoir garantir ainsi la continuité des soins. L'Agence Intermutualiste a examiné en détail l'utilisation de ces nouveaux codes de nomenclature durant l'année 2020. Par qui et pour qui ces téléconsultations ont-elles été mises en œuvre ? Dans ce travail, l'accent est mis sur l'accessibilité : est-ce que tout un chacun a bien eu l'opportunité de recourir aux téléconsultations ?

Quelques résultats :

- Environ 11 millions de téléconsultations ont été effectuées en 2020, essentiellement par les médecins généralistes (85%) et spécialistes (12,5%). Le recours à la téléconsultation a été plus intense durant les pics de la pandémie (mars, novembre) mais ne disparaît pas pour autant entre ces deux pics, quand le déconfinement a été progressivement mis en place, ni vers la fin de l'année.
- Pratiquement tous les médecins généralistes (93%) ont eu (au moins une fois) l'occasion de mettre en pratique la téléconsultation. On note toutefois un effet d'âge : 24% des médecins généralistes de plus de 65 ans n'ont eu aucune expérience avec la téléconsultation en 2020.
- Du côté des patients, 45% d'entre eux ont eu l'occasion (au moins une fois) d'entrer en contact à distance avec leur généraliste. De plus, par patient ayant au moins expérimenté une fois la téléconsultation sur l'année, la proportion moyenne de téléconsultations parmi tous les contacts avec les généralistes est de 39%.

- On a examiné ces indicateurs pour divers groupes de patients, définis sur base de divers critères socio-démographiques (âge, sexe, statut social, etc.) ou d'état de santé (diabète, asthme, maladie cardiovasculaire, etc.). Certains groupes de patients sont au-dessus de ces références, d'autres en-dessous (les bénéficiaires de l'intervention majorée, par exemple). Toutefois, aucun de ces groupes n'est caractérisé par une proportion de téléconsultations dramatiquement faible.

L'impression générale qui se dégage des résultats est que les contacts à distance ont trouvé leur place durant la pandémie, sans que l'accessibilité aux soins de la part des groupes sociaux plus fragiles s'en trouve lésée. Certes, les téléconsultations ne sont pas la panacée, mais elles ont permis la continuité des soins de première ligne (surtout en médecine générale) à un moment où entrer physiquement en contact avec son prestataire n'était pas recommandé.

Mots-clés : Téléconsultation, COVID-19, médecin généraliste, Agence Intermutualiste

1. Introduction

Au début 2020, face à la propagation du coronavirus, un confinement a été instauré et les soins non essentiels ont été reportés. Toutefois, afin de garantir la continuité des soins essentiels, de nouveaux codes de nomenclature ont été créés de sorte que des consultations puissent se tenir à distance (par vidéo, par téléphone essentiellement). Ces téléconsultations étaient initialement destinées à aider les médecins dans le triage des patients atteints par le coronavirus, ainsi que pour assurer la continuité des soins pour les patients connus. Par la suite, ces téléconsultations ont été étendues à d'autres professions de santé telles que les dentistes, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les sages-femmes, les psychologues, les ergothérapeutes et les éducateurs en diabète.

La pandémie a donc été l'occasion de faire un pas vers d'autres formes de contact avec les prestataires de santé. Bien qu'il s'agisse de mesures temporaires liées à la pandémie, l'utilisation et l'efficacité des téléconsultations feront sans aucun doute l'objet d'une évaluation approfondie. À cet égard, déjà en 2020, tous les organismes assureurs avaient pris l'initiative d'organiser une enquête intermutualiste portant sur la satisfaction exprimée par des patients ayant fait l'expérience d'une téléconsultation (Avalosse, Bruyneel, Hens, Kestens, & Willaert, 2020). Plus récemment, l'Agence Intermutualiste¹ (AIM) a analysé en détail l'utilisation de ces nouveaux codes au cours de l'année 2020 et a publié un rapport à ce sujet (Vrancken, Willaert, Avalosse, & Vanoverloop, 2022).

Ce sont les principaux résultats de ce rapport que nous allons présenter dans la suite du présent article.

- Le point 2 qui suit est consacré à la **description des téléconsultations**. Nous regardons l'évolution des volumes au cours de l'année 2020, ainsi que les prestataires à l'origine de ces téléconsultations.
- Ensuite, au point 3, nous examinons plus avant le **profil des médecins** généralistes qui ont eu l'expérience d'une téléconsultation (selon l'âge, le sexe, la région).
- Enfin, le point 4 analyse le **profil des patients**. Divers critères socio-démographiques (âge, sexe, classes de secteurs statistiques de résidence, etc.) et d'état de santé

(quelques maladies chroniques, statuts dénotant un état de santé dégradé, comme l'incapacité de travail, le statut affection chronique, etc.) sont mis en relation avec le fait d'avoir eu l'expérience d'une téléconsultation.

2. Description des téléconsultations

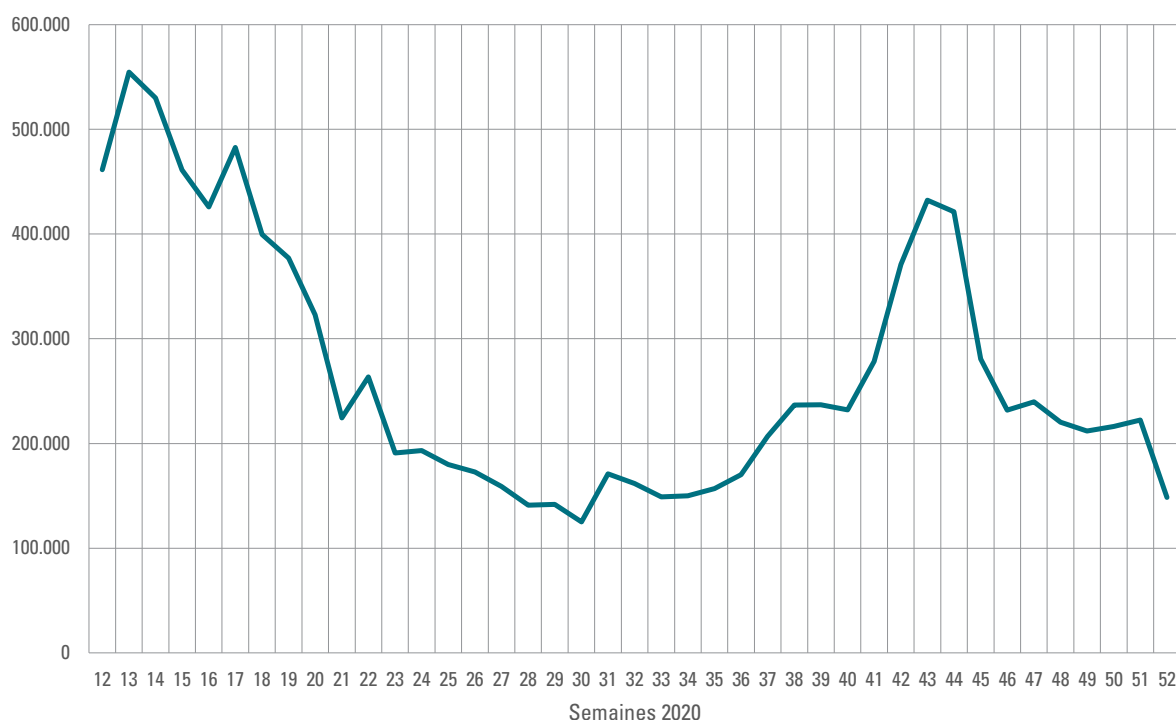
Combien de téléconsultations ont-elles été réalisées en 2020 ? Qui a effectué ces téléconsultations ? Comment ce volume de contacts à distance a-t-il évolué au cours de l'année ? Les sections qui suivent répondent à ces questions. De plus, pour les médecins généralistes et spécialistes, nous comparons le volume de contacts (à distance et en présentiel) réalisés en 2020 à celui de 2019.

2.1. Volume et évolution du nombre de téléconsultations

De mars à décembre 2020, environ **11 millions de contacts à distance** ont été réalisés, tout type de prestataire confondu. Dès le premier pic (mars-avril), on tourne autour de 400.000 à 500.000 contacts à distance par semaine (voir Figure 1). Ensuite, le volume tend à diminuer jusque juillet-août (le déconfinement progressif commence à partir de mai), pour recommencer à augmenter jusqu'au second pic d'octobre-novembre. Enfin, vers la fin de l'année, le volume de téléconsultations diminue mais ne retombe pas à zéro. Ainsi, même quand il est possible de rencontrer son prestataire de santé, des contacts à distance continuent à être effectués (en décembre, on a encore en moyenne de l'ordre de 170.000 téléconsultations par semaine).

¹ L'AIM rassemble sur une plate-forme les données de patients des sept organismes assureurs belges (les cinq unions nationales de mutualités, la caisse auxiliaire et la caisse de soins de santé de HR-rail) et les prépare à des fins d'analyse. Les banques de données de l'AIM contiennent, outre des données démographiques et socio-économiques relatives à tous les habitants affiliés à l'assurance obligatoire soins de santé en Belgique, des données de facturation des soins de santé remboursés.

Figure 1 : Nombre de téléconsultations par semaine



source : Agence Intermutualiste

2.2. Les prestataires à l'origine des téléconsultations

Comment se répartissent ces 11 millions de téléconsultations en fonction du type de professionnel de santé ? Près de **85%** des contacts à distance ont été effectués par des médecins généralistes. Les médecins spécialistes ont réalisé près de **12,5%** de ces téléconsultations. À noter, ici, l'importance des psychiatres : à eux seuls, ils ont réalisé un peu plus d'un cinquième (21,5%) des téléconsultations prestées par tous les médecins spécialistes. Enfin, diverses professions paramédicales sont à l'origine de **2%** des téléconsultations ayant eu lieu en 2020. Ici, pointons l'importance des dentistes : 37% des contacts à distance réalisés par les paramédicaux sont le fait de dentistes.

Dans la grande majorité des cas, tant pour les généralistes (**86%**) que pour les spécialistes (**81%**), les contacts à distance avaient pour but de veiller à la continuité des soins de leurs patients. Les médecins généralistes ont été également sollicités pour du triage dans le cadre de la pandémie (14% des téléconsultations des généralistes). Par contre, les médecins spécialistes n'ont été que marginalement concernés par ce type d'activité (2,4% du volume de leurs téléconsultations). D'autres activités de téléconsultation

ont été mises en œuvre par des spécialistes : il s'agit alors essentiellement de séances de psychothérapie réalisées à distance par des médecins-psychiatres.

2.3. Comparaison du volume de contacts entre 2019 et 2020

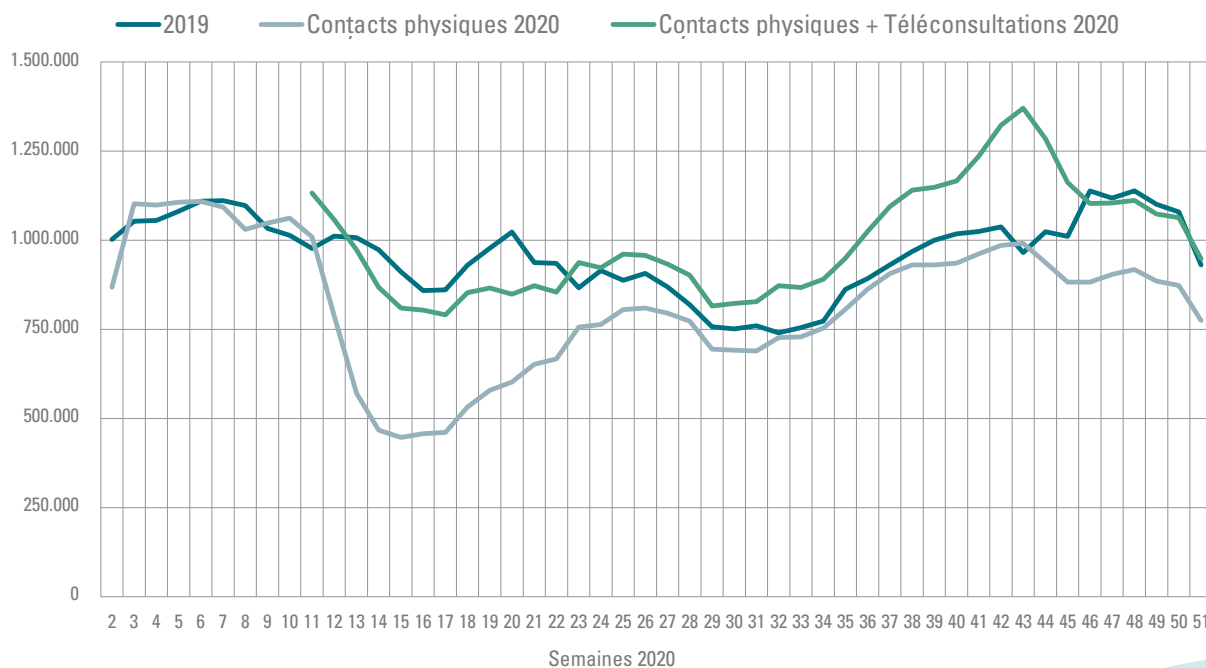
2.3.1. Les médecins généralistes

Regardons d'abord l'activité des **médecins généralistes**. La Figure 2 indique le volume de contacts réalisés en présentiel par les généralistes en 2019 et 2020. On voit bien l'impact du premier pic (semaines 12 et suivantes) et on remarque, également, le déficit de contacts en fin d'année. Est-ce que les téléconsultations ont pu compenser ce manque de contacts ? Quand on ajoute (à la Figure 2) le volume de téléconsultations réalisées par les médecins généralistes, on remarque alors que non seulement les téléconsultations ont quasiment compensé le déficit de contacts physiques durant le premier pic mais qu'en plus, sur le reste de l'année, le volume global de contacts de 2020 est supérieur à celui de 2019.

Globalement, le volume de contacts avec les généralistes est de l'ordre d'un peu moins de 50 millions en 2019. En 2020, le volume global de contacts (y compris les contacts à distance) est plus élevé : de l'ordre d'un peu plus de

52 millions de contacts. En fait, **l'activité des médecins généralistes a augmenté** de près de **5,3%** par rapport à 2019 (soit environ 2,6 millions de contacts supplémentaires).

Figure 2 : Nombre de contacts — médecins généralistes



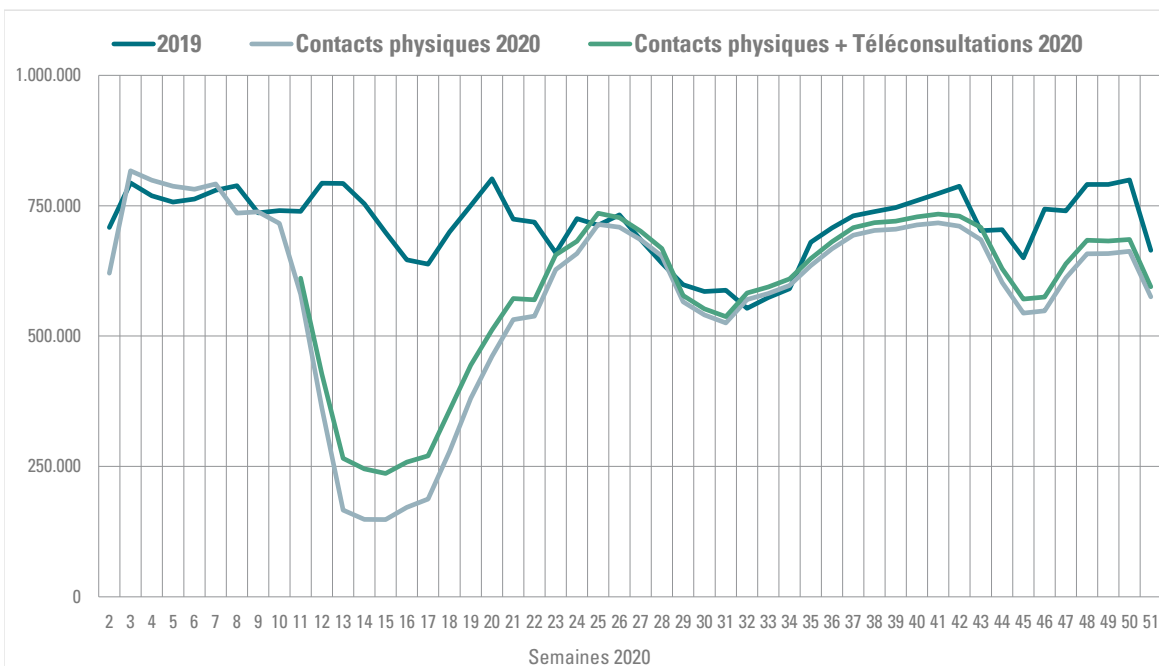
source : Agence Intermutualiste

2.3.2. Les médecins spécialistes

On a tout autre chose avec les **médecins spécialistes**. La Figure 3 montre le volume de contacts ambulatoires réalisés en présentiel par les spécialistes en 2019 (courbe en bleu foncé) et 2020 (courbe en gris clair). L'impact du premier pic de la pandémie est bien visible, le déficit de contacts physiques est bien plus accentué que celui observé chez les généralistes (comparer la Figure 3 à la Figure 2). Et, comme on le voit à la Figure 3, les téléconsultations (courbe verte) ne compensent pas du tout le déficit de contacts physiques.

Globalement, le volume de contacts avec les spécialistes est de l'ordre d'un peu plus de 37 millions en 2019. Par contre, en 2020, le volume global de contacts (y compris les contacts à distance) est **moins élevé** : un peu moins de 32 millions de contacts. **L'activité des médecins spécialistes a donc diminué** fortement : le volume de contacts effectués en 2020 est inférieur de **13,7%** à celui de 2019.

Figure 3 : Nombre de contacts — médecins spécialistes



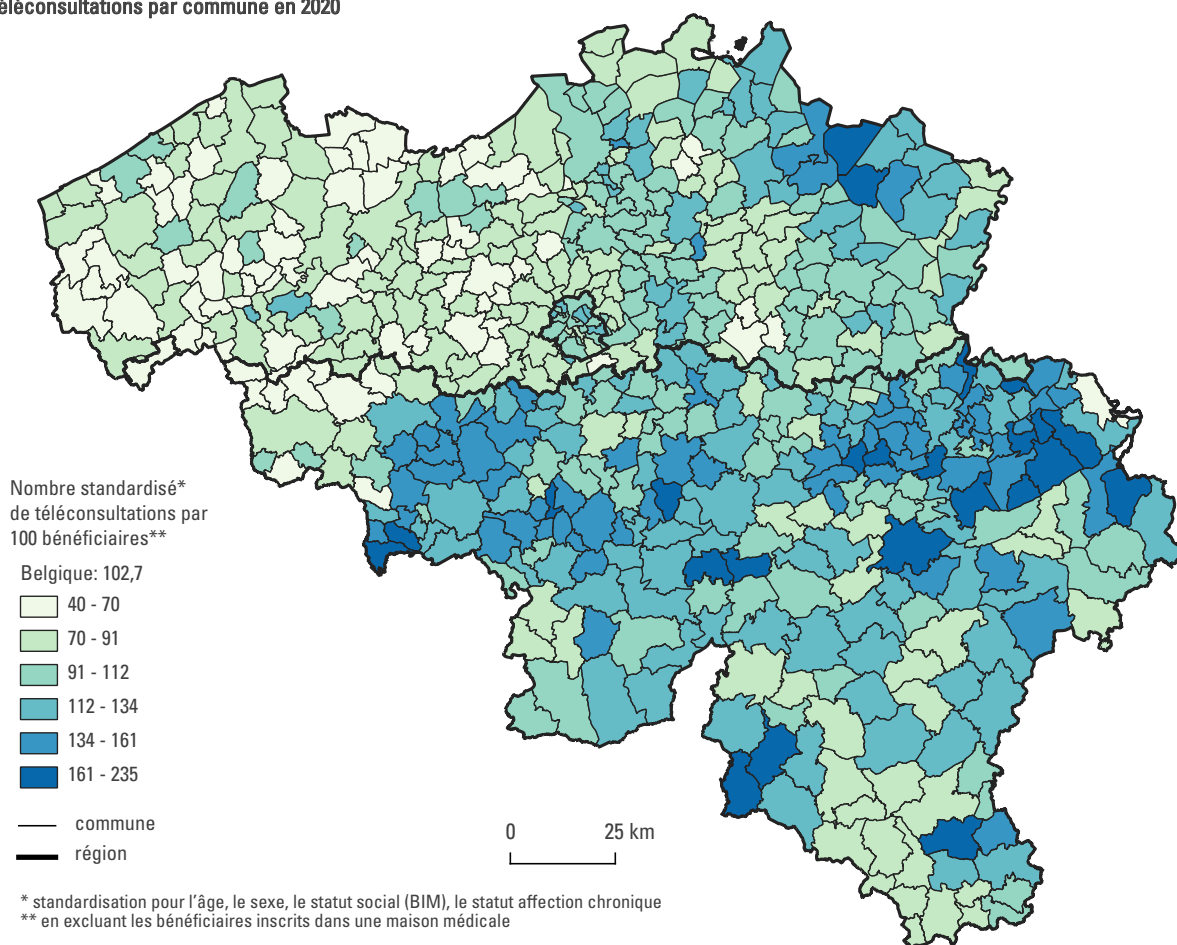
2.4. Cartographie

Le recours aux téléconsultations n'a évidemment pas été uniforme partout. Que pouvons-nous dire par rapport à la variation géographique du volume de téléconsultations ? À la Carte 1, nous visualisons, par commune, le nombre standardisé de téléconsultations par 100 bénéficiaires (ou

personnes affiliées aux mutualités). La standardisation a été faite pour quatre critères² : l'âge, le sexe, le fait de bénéficier de l'intervention majorée, le fait de bénéficier du statut affection chronique. Comme on peut le voir, ce nombre de téléconsultations est plus élevé dans le sud du pays (surtout le long de la dorsale wallonne), mais aussi en Campine.

Carte 1 : Nombre standardisé de téléconsultations par 100 bénéficiaires

Téléconsultations par commune en 2020



SOURCE: IMA/AIM
CARTOGRAPHIE: Didier Willaert

2 Grâce à la standardisation, on enlève les effets dus à la variation de la structure d'âge-sexe des populations d'une commune à l'autre, mais aussi le fait que ces populations connaissent, d'un endroit à l'autre, des variations d'état de santé (approché par le fait de bénéficier du statut affection chronique) ainsi que des variations de situation sociale (approchée par le fait de bénéficier de l'intervention majorée). En procédant à une standardisation sur ces quatre critères, nous pouvons donc visualiser la variation géographique du nombre de téléconsultations, à structure d'âge-sexe, à situation sociale et d'état de santé équivalente.

3. Les médecins généralistes

Puisque 85% des téléconsultations ont été réalisées par des médecins généralistes, le profil de ces prestataires a été examiné plus avant. Qui sont les généralistes qui ont effectué ces téléconsultations ? Est-ce que tous les généralistes ont eu l'opportunité de réaliser des contacts à distance ? Et avec quelle intensité ? Les sections qui suivent apportent des réponses.

3.1. Profil des généralistes ayant eu recours au moins une fois à une téléconsultation

Globalement, **93%** des médecins généralistes en Belgique ont fait l'expérience d'au moins une téléconsultation au cours de l'année 2020. Cette proportion est un peu plus élevée en Flandre (**95%**) qu'en Wallonie (**90%**) et à Bruxelles (**89%**). On trouve aussi des variations selon le sexe et l'âge. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (**97%**) que chez les hommes (**89%**). La proportion de médecins généralistes qui n'ont effectué aucune téléconsultation croît avec l'âge : 5% quand les médecins ont entre 50 et 59 ans, 8% pour ceux entre 60 et 65 ans, **24%** pour les plus de 65 ans. Par contre, quasi tous les médecins de moins de 49 ans ont effectué au moins une fois une téléconsultation.

Comment expliquer cet effet d'âge ? On peut avancer plusieurs hypothèses. Les analyses des volumes de contacts ont montré que les médecins généralistes âgés ont, globalement, un moindre volume d'activités et font proportionnellement plus de visites à domicile. Ils ont également une patientèle plus âgée en moyenne, qui est probablement plus favorable à un contact classique. L'opportunité de faire des téléconsultations apparaît donc moindre pour ces médecins plus âgés, par rapport à leurs confrères plus jeunes.

3.2. Proportion de contacts via la téléconsultation

Globalement à l'échelle du pays, par médecin généraliste **ayant eu au moins une téléconsultation** au cours de l'année 2020, le pourcentage moyen de téléconsultations parmi les contacts effectués en 2020 est de l'ordre de **18%** (médiane : 16%).

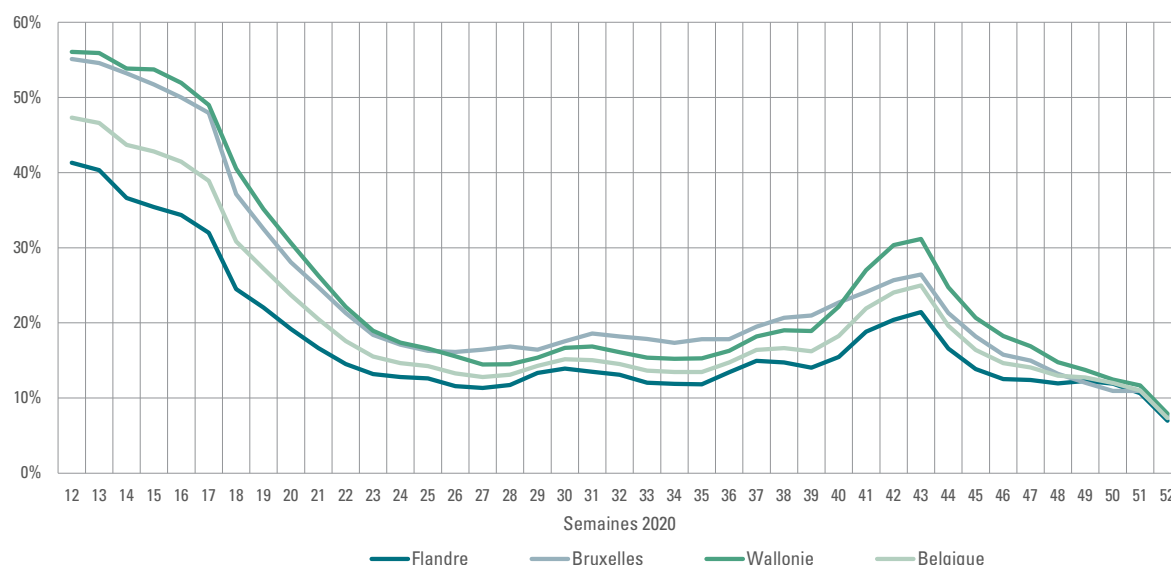
Bien sûr, les généralistes n'ont pas tous eu recours aux téléconsultations avec la même intensité. On peut ainsi observer des variations régionales. En Wallonie (moyenne : **23%**, médiane : 22%) et à Bruxelles (moyenne : **23%**, médiane : 20%), cette proportion est plus élevée qu'en Flandre (moyenne : **15%**, médiane : 13%). Par rapport au point précédent, on a donc une image inversée. Quand on s'intéressait à la proportion de médecins ayant effectué au moins une fois une téléconsultation, c'était bien en Flandre où cette proportion était la plus élevée. Mais une fois qu'on regarde le volume de téléconsultations (par rapport au volume total de contacts), ce sont les médecins généralistes de Wallonie et Bruxelles qui ont eu une pratique plus intensive de contacts à distance que leurs confrères flamands.

La proportion de téléconsultations au sein du volume total de contacts est plus élevée chez les femmes médecins (en moyenne : **21%**, en médiane 19%) que chez les hommes (en moyenne : **16%**, en médiane : 13%). On remarque à nouveau le même effet d'âge qu'au point précédent : tant en moyenne qu'en médiane, la proportion de contacts par téléconsultation a tendance à diminuer selon l'âge du prestataire. C'est pour les médecins de plus de 65 ans que cette proportion est la plus faible (en moyenne : **14%**, médiane : 8%).

Et, bien sûr, la proportion de téléconsultations n'est pas restée constante au cours du temps. À la Figure 4, on examine l'évolution de la proportion de téléconsultations tout au long des semaines de l'année 2020. On voit bien se dessiner le premier et le second pic pandémique. C'est surtout à l'occasion du premier pic que les téléconsultations ont été utilisées (les téléconsultations représentent entre 40 et 50% des contacts des médecins généralistes). Mais, entre les pics, et même durant le déconfinement progressif (à partir de mai), les téléconsultations continuent à être pratiquées (entre 10 et 20% des contacts). Après le second pic, la proportion de téléconsultations diminue à nouveau et, en fin d'année, elle est de l'ordre de 7 à 8%.

On remarque également que, tout au long de l'année 2020, c'est bien en Wallonie et à Bruxelles que la proportion de contacts à distance est la plus élevée. D'une façon générale, le recours à la téléconsultation a été plus intense de la part des généralistes wallons et bruxellois. La différence est surtout notable durant le premier pic : la proportion de téléconsultations parmi les contacts des médecins généralistes wallons et bruxellois est de l'ordre de 50 à 55%, tandis que pour leurs confrères flamands l'ordre de grandeur est plutôt de 30 à 40%.

Figure 4 : Proportion de téléconsultations par semaine — médecins généralistes



source : Agence Intermutualiste

4. Les patients

Dans cette partie, nous nous intéressons au profil des patients³ qui ont eu des contacts avec la médecine générale au cours de l'année 2020. Pour ce faire, nous recourons plus précisément à divers critères socio-démographiques ou d'état de santé. Le but de cette analyse est de voir dans quelle mesure certains groupes sociaux ou groupes de patients ont sous-utilisé les téléconsultations.

4.1. Profil des patients ayant eu recours au moins une fois à une téléconsultation

En moyenne, **45%** de l'ensemble des patients (personnes ayant eu des contacts avec la médecine générale) a bénéficié d'au moins un contact à distance avec un médecin généraliste. La Figure 5 montre comment cette proportion change en fonction de divers critères socio-démographiques et d'état de santé liés aux patients. On observe ainsi des

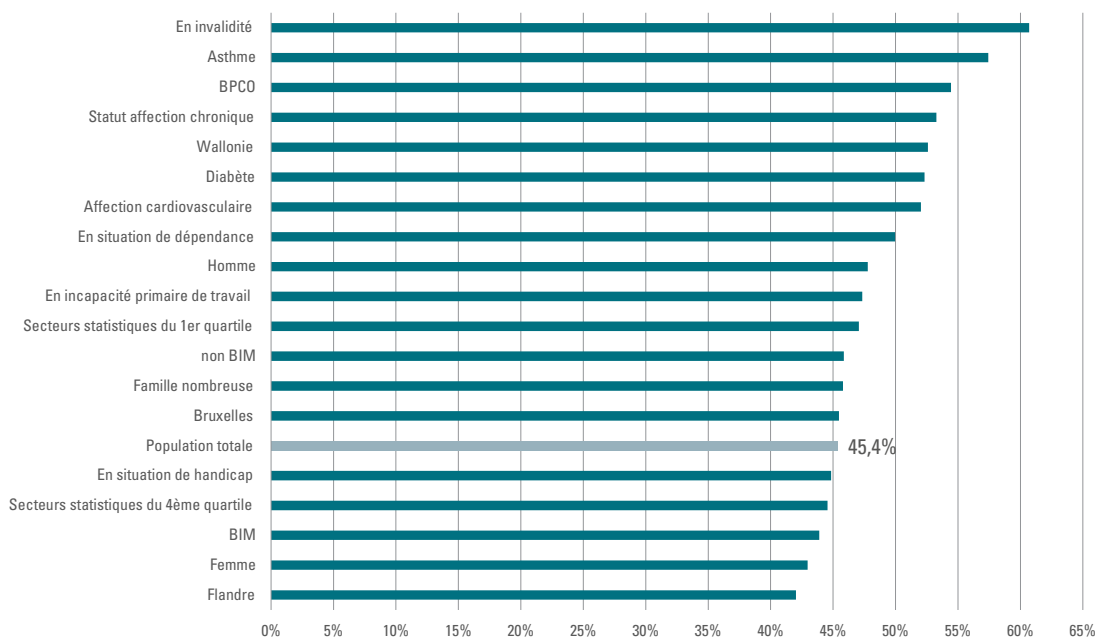
pourcentages les plus élevés pour les personnes souffrant de maladies chroniques, comme l'asthme, la broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO), le diabète. Ceci paraît normal : ces affections nécessitent un suivi régulier, augmentant ainsi la probabilité de bénéficier d'une téléconsultation. Même chose pour les personnes en incapacité de travail, en invalidité, les personnes qui bénéficient du statut affection chronique, les personnes en situation de dépendance : ces différents statuts dénotent un état de santé dégradé.

On remarque également que les hommes, les wallons et bruxellois sont au-dessus de la moyenne, tandis que les femmes, les flamands sont en-dessous. Selon une échelle de richesse, construite sur base de classes de secteurs statistiques où résident les patients, on observe que le premier quartile de la population qui réside dans les secteurs statistiques les plus pauvres⁴ est au-dessus de la moyenne, tandis que le dernier quartile de la population qui vit dans les secteurs statistiques les plus riches est en-dessous de la moyenne.

³ Les organismes assureurs ne connaissent pas le volume de contacts réalisés en maison médicale, que ces contacts aient lieu en présentiel ou à distance. C'est pourquoi les patients inscrits en maison médicale ont été retirés de l'analyse.

⁴ Les secteurs statistiques où les patients résident ont été classés par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians de ces secteurs.

Figure 5 : Pourcentage de patients ayant eu recours au moins une fois à la téléconsultation* — standardisation pour l'âge



source : Agence Inter mutualiste

* Abréviations utilisées dans la Figure 5 : BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive ; BIM = bénéficiaire de l'intervention majorée.

4.2. Proportion de contacts via téléconsultation

Examinons plus avant l'intensité du recours aux téléconsultations en calculant, par patient **ayant expérimenté au moins une fois la téléconsultation** sur l'année 2020, la proportion de téléconsultations parmi tous les contacts avec les médecins généralistes. Cet indicateur est donné à l'axe vertical de la Figure 6. L'axe horizontal de ce graphique dénote le nombre de contacts par patient (= volume de contacts / volume de patients ayant eu au moins un contact ; tous les contacts étant pris en compte, tant ceux à distance que ceux en présentiel).

Regardons le point mauve (dénommé 'population') de la Figure 6 : c'est le point de référence dénotant la population générale des patients. Quelles sont les valeurs de ce point de référence ?

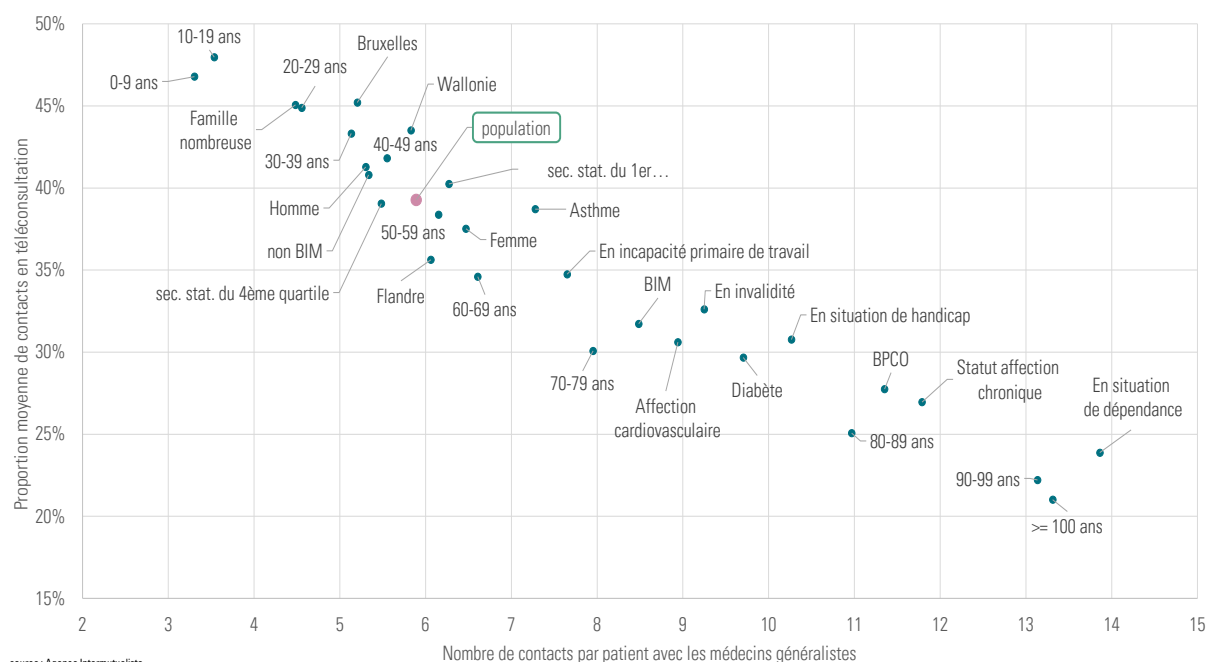
- Sur l'axe vertical, on peut voir que, par patient, à l'échelle du pays, la proportion moyenne de téléconsultations (axe vertical) est de **39%** (la proportion médiane est de 33%). Cette proportion moyenne est plus élevée à Bruxelles (45%) et en Wallonie (44%) qu'en Flandre (36%).
- Sur l'axe horizontal, on observe que le nombre de contacts avec la médecine générale est, au niveau na-

tional, de l'ordre de **5,9** contacts par patient. Cet indicateur est un peu plus élevé en Flandre (6,1) qu'en Wallonie (5,8) et qu'à Bruxelles (5,2).

Les autres points de la Figure 6 dénotent divers groupes de patients, définis aussi bien par des critères socio-démographiques (âge, sexe, statut social, etc.) que par leur état de santé (diabète, asthme, BPCO, etc.). On peut voir ainsi comment se dispersent tous ces groupes de patients par rapport au point de référence (en mauve dans la Figure 6). Une tendance se dessine : les groupes de patients où le nombre de contacts avec la médecine générale est élevé sont aussi ceux où la proportion de téléconsultations est plus faible.

Mais, même pour les groupes où la proportion de téléconsultations est plus faible que le point de référence, aucun de ceux-ci n'est caractérisé par une proportion de téléconsultations qui serait dramatiquement faible. Il est vrai qu'un contact à distance n'est pas équivalent à une rencontre physique avec son médecin généraliste. Que ces groupes, notamment les patients dont l'état de santé est dégradé, qui souffrent d'une maladie chronique, aient besoin d'un suivi régulier et marquent alors une préférence pour les contacts classiques, rien de plus normal.

Figure 6 : Proportion de téléconsultations et nombre de contacts avec les médecins généralistes, par groupe de patients



5. Conclusion

Comme on l’a vu ci-dessus, ce sont surtout les médecins qui ont eu recours aux téléconsultations durant l’année 2020. La plupart de ces contacts à distance ont été réalisés par les médecins généralistes, et ce, dans le but de maintenir la continuité des soins de leurs patients.

Bien sûr, l’utilisation des téléconsultations n’a pas été uniforme partout. Ainsi, du côté des prestataires, les analyses montrent que les généralistes de 65 ans et plus ont eu moins l’opportunité de recourir aux contacts à distance que leurs collègues plus jeunes. De même, on a pu constater que certains groupes de patients recouraient moins que d’autres aux téléconsultations. À cet égard, une attention particulière a été portée sur des groupes de patients plus fragiles, du fait de leur état de santé ou de leur statut social. Mais les résultats des analyses ne montrent pas que les contacts à distance auraient induit un problème d’accessibilité à la médecine générale. En effet, pour ces groupes, là où la proportion de téléconsultations est plus faible, le nombre total de contacts (tous types confondus) par patient est également plus élevé, ce qui tendrait à montrer plutôt une préférence pour les contacts en présentiel.

Un contact à distance, ce n’est pas la même chose qu’un contact physique avec son généraliste. C’est ce que disaient les répondants à l’enquête intermutualiste de 2020 : bien que très majoritairement satisfaits des téléconsultations, « ils indiquent clairement que les consultations physiques remportent leur préférence et que les téléconsultations doivent être une exception plutôt qu’une règle » (Avalosse, Bruyneel, Hens, Kestens, & Willaert, 2020, p. 3). De plus, les répondants à cette enquête ont une idée assez précise de ce à quoi convient une téléconsultation : elle est particulièrement utile pour suivre un problème de santé déjà connu, surtout quand un examen physique n’est pas nécessaire, pour obtenir un avis rapide, pour obtenir une nouvelle prescription de médicaments, pour pouvoir contacter rapidement et facilement son prestataire de soins.

Les téléconsultations ont pu ainsi trouver leur place durant la pandémie, tant pendant la période de confinement strict qu’après, lorsque le déconfinement a été progressivement mis en place ou vers la fin de l’année, en complément des contacts en présentiel. Quel avenir pour ces téléconsultations ? Concrètement, dans l’immédiat, un nouveau cadre temporaire a été élaboré et sera d’application dans le courant de 2022, « l’objectif n’est pas de remplacer toutes les consultations classiques par des téléconsultations. En effet,

dans le domaine des soins de santé, le contact personnel, l'examen physique et la communication en face à face demeurent fondamentaux. Les téléconsultations peuvent cependant être un complément utile » (INAMI, 2022).

À plus long terme, dans le but d'ancrer durablement ce type de contact dans la nomenclature des prestations remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, « [...] un groupe de réflexion élabore actuellement une note conceptuelle

afin de concevoir un cadre définitif pour l'organisation et le financement des consultations à distance. Ce groupe de réflexion se compose de représentants d'universités, de mutualités, de syndicats de médecins, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et de l'INAMI » (INAMI, 2022).

Bibliographie

Avalosse, H., Bruyneel, L., Hens, E., Kestens, W., & Willaert, D. (2020). *Enquête intermutualiste : téléconsultations.*, Bruxelles: Collège Intermutualiste National.

INAMI. (2022). *Consultations à distance par des médecins : nouveau système de remboursement au printemps 2022*. Consulté le 01-04-2022, sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-distance-medecins/Pages/consultations-distance-medecins-nouveau-systeme-remboursement-2022-telemedecine.aspx>

Vrancken, J., Willaert, D., Avalosse, H., & Vanoverloop, J. (2022). *Les téléconsultations durant la pandémie de COVID-19. Par qui ? Pour qui ?* Bruxelles: Agence Intermutualiste.

Solidarité et pauvreté, que faire ?

Aperçu du rapport bisannuel (2020-2021) du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

Hervé Avalosse — Service d'études

Résumé

Dans cet article, nous voulons donner un aperçu des grandes lignes du 11^{ème} rapport bisannuel (2020-2021) publié par le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et intitulé 'Solidarité et pauvreté'. L'originalité de ce rapport est qu'il est le fruit d'une large concertation avec des personnes en situation de pauvreté, des associations et organisations de terrain. Il aborde la solidarité selon trois dimensions (contribution, redistribution, collectivité) et se concentre plus spécifiquement sur deux domaines : le travail et la fiscalité. Ce choix est issu du processus de concertation : ces deux domaines sont essentiels quant à la lutte contre la pauvreté et la solidarité y a pleinement sa place.

Une plus-value de ce rapport est qu'il examine la solidarité du point de vue des personnes en situation de pauvreté, à l'aide de nombreux témoignages et interventions faites durant la concertation. Mais le rapport ne se contente pas d'illustrer et défendre la solidarité en tant que valeur centrale de notre société. C'est pourquoi de nombreuses propositions sont formulées, visant toutes à lutter contre les inégalités sociales et la pauvreté. Car une société solidaire, c'est une société qui ne laisse personne au bord du chemin. À l'instar de l'Agenda 2030 de l'Organisation des Nations Unies, 'To leave no one behind' est également le fil rouge et le message final de ce rapport. C'est aussi clairement un appel à l'action politique, pour plus de justice sociale, à laquelle le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale entend ainsi apporter sa contribution.

Mots-clés : Solidarité, pauvreté, contribution, redistribution, collectivité, fiscalité, travail

1. Introduction

L'actualité récente est cruelle et dramatique. La pandémie de COVID-19, les inondations catastrophiques de l'année passée, l'accueil de réfugiés provenant de zones de guerre, tous ces événements nous rappellent l'importance de la solidarité. Que cette dernière soit *directe*, grâce à l'action des citoyens ou d'associations, ou *indirecte*, plus institutionnalisée, via les interventions et mécanismes de protection provenant de la sécurité sociale, c'est bien la solidarité qui permet à une société comme la nôtre de faire face aux crises de toute nature (économique, sociale, climatique, etc.).

Mettre en valeur cette solidarité est le thème central du 11ème rapport bisannuel du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Ce rapport est issu d'une concertation avec des personnes vivant en situation de pauvreté, avec des associations et acteurs de terrain. Dans ce rapport, la solidarité est abordée selon trois dimensions : la contribution, la redistribution et la collectivité. Deux domaines sont particulièrement mis en avant : le travail et la fiscalité. Comme le sous-titre du rapport l'indique, il s'agit à la fois de contribuer au débat autour de la solidarité et à l'action dans ces deux domaines. C'est pourquoi le rapport formule également de nombreuses propositions (nous en reprendrons quelques-unes ci-après).

2. Les trois dimensions de la solidarité

Les deux premières dimensions de la solidarité, la contribution et la redistribution, font ressortir le fait qu'au sein d'une société, tout un chacun est à la fois un contributeur et un bénéficiaire. Nos **activités contributives** à la société sont multiples : le travail, bien sûr, mais aussi la fiscalité, l'éducation, l'entraide, le volontariat, etc. Le rapport met clairement en avant que les personnes en situation de pauvreté sont pleinement des acteurs qui contribuent à la société alors qu'« [elles] sont si souvent qualifiées de parasites » (d'après un verbatim repris à la p. 12 du rapport). Il souligne aussi que leurs activités contributives manquent parfois de considération ou de reconnaissance, comme l'entraide ou la solidarité familiale. Pire, avec le statut de cohabitant, cette entraide peut même parfois se voir

sanctionnée. Pour ce qui est du travail, il y a peu d'options pour les personnes qui vivent en situation de pauvreté : il faut pouvoir accéder au marché du travail et, quand c'est possible, ce sont souvent des emplois précaires et peu valorisés socialement.

La dimension de **redistribution** nous rappelle que, grâce à la solidarité, nous sommes bénéficiaires de multiples formes de soutien, tant par l'aide de proches que via les divers mécanismes de la fiscalité, de la sécurité sociale ou grâce à l'accès aux différents services publics. À cet égard, le rapport met en évidence les différents 'effets Matthieu'¹ dont sont victimes les personnes vivant en situation précaire, comme le moindre accès aux services publics, le non-recours à certains droits sociaux (parce qu'elles manquent d'information ou que les procédures sont trop complexes). De plus, bénéficier du soutien public ne va pas, parfois, sans stigmatisation. C'est que nos modèles d'intervention mettent de plus en plus l'accent sur la responsabilité individuelle.

La troisième dimension, la **collectivité**, fait référence aux valeurs de la société : la solidarité est une construction qui provient d'une dynamique collective. Il ne suffit pas de 'donner' et 'recevoir' (ce sont les deux premières dimensions de la solidarité), il faut aussi vouloir collectivement une société solidaire et lutter ainsi contre les inégalités sociales. C'est un projet politique où tout le monde est impliqué : « La solidarité est donc au cœur de la construction du projet collectif de société pour les générations actuelles et à venir. Elle est à la fois une expression et une condition de cohésion sociale » (p. 80 du rapport).

3. Le travail

Le travail permet de s'intégrer socialement et de contribuer à la société, notamment par le prélèvement des cotisations sociales qui financent la sécurité sociale. Malheureusement, les personnes en situation de pauvreté sont souvent sans emploi, ou alors occupent des emplois précaires, parfois pénibles (travail de nuit, par exemple). Or, pouvoir accéder à un emploi durable et de qualité (au niveau des conditions de travail, conditions contractuelles, de la rémunération, etc.) est un moyen de sortir de la précarité. Toutefois, pour les personnes ayant un faible niveau d'instruction, cela reste un défi. De plus, dans notre

1 En référence à l'Évangile de Saint Matthieu (13 : 12) : « On donnera à celui qui a, et il sera dans l'abondance, mais à celui qui n'a pas on ôtera même ce qu'il a ».

pays, la qualité des nouveaux emplois créés a tendance à se détériorer. Ainsi, « en 2016, [...] 40% des nouveaux emplois étaient à temps partiel, 52% étaient temporaires et 47% étaient rémunérés à un salaire situé dans le quintile le plus bas des salaires » (p. 44 du rapport).

En ce qui concerne les cotisations sociales, le rapport déplore qu'« une partie du salaire peut par exemple être versée en avantages extralégaux (chèques-repas, voitures de société, etc.), les employeurs payant alors moins de cotisations sociales et les employés gagnant davantage en montants nets » (p. 33 du rapport). Le financement de la sécurité sociale s'en ressent, ce qui amoindrit la solidarité. De plus, « les emplois occupés par les personnes à faible niveau d'instruction ou par les groupes vulnérables ne comportent la plupart du temps que peu, voire pas d'avantages extralégaux. Ces travailleurs cotisent donc sur leur salaire complet. En ce sens, les avantages extralégaux créent un 'effet Matthieu' » (p. 33 du rapport).

Par rapport à l'objectif de création d'emplois durables et de qualité, le rapport avance plusieurs pistes. L'une d'entre-elles est le soutien à l'économie sociale : « D'une manière générale, une économie sociale renforcée de manière systématique et durable peut jouer un rôle structurel dans la lutte contre la pauvreté en ralentissant l'exclusion des travailleurs économiquement moins productifs et en contribuant à amortir l'impact de nouvelles tendances, telles que la robotisation, sur les personnes ayant un faible niveau d'instruction » (p. 42 du rapport).

Une autre proposition consiste à mettre en place des 'Territoires Zéro Chômeur de Longue Durée' (TZCLD). Ce genre de dispositif est testé en France, dans plusieurs territoires. On part du principe que personne n'est in-employable. L'objectif, à l'échelle d'un territoire local, est alors de « proposer un emploi en CDI [contrat à durée indéterminée] à chaque chômeur de longue durée qui habite ce territoire » (p. 42 du rapport). Ce dispositif est à caractère volontaire et non sanctionnant. Les personnes qui en bénéficient sont « au cœur du dispositif en étant à la fois impliquées dans le processus décisionnel, et en partant en grande partie de leurs compétences et de leurs aspirations pour déterminer les emplois à créer, tout en répondant à des besoins locaux qui ne semblent pas être satisfaits par l'économie de marché sur ces territoires » (p. 42 du rapport). Les régions wallonne et bruxelloise ont repris l'idée d'expérimenter des TZCLD dans leur déclaration de politique générale. En Flandre, des initiatives du même genre existent déjà : il s'agit de

soutenir des services de proximité et de voisinage (*lokale diensteconomie*), comme des restaurants sociaux, des garderies, l'entretien d'espaces verts, etc.

4. La fiscalité

La fiscalité joue un rôle important dans le financement de nos mécanismes redistributifs et donc dans l'organisation structurelle de la solidarité. Le rapport met fortement en avant le principe selon lequel « les épaules les plus fortes doivent porter le fardeau le plus lourd » (p. 59 du rapport). Malheureusement, on ne peut que constater que la progressivité de l'impôt s'est érodée au cours du temps, gommant ainsi partiellement les effets redistributifs de notre système fiscal. Autre constat négatif, les taxes linéaires (comme la TVA et les accises) ou forfaitaires (sur les ordures ménagères, par exemple) ont tendance à proliférer et pèsent plus lourdement pour ceux et celles qui vivent avec des budgets limités. Enfin, notre système fiscal impose les revenus mobiliers à des taux inférieurs aux revenus du travail et peu le patrimoine.

Une crainte se fait jour : l'émergence d'une fiscalité comportementale. L'exemple mis en avant dans le rapport est la taxe carbone, dispositif qu'on pourrait mettre en place dans le cadre de la politique de lutte contre le réchauffement climatique. Mais les personnes précarisées ont-elles réellement les moyens de diminuer leur consommation d'énergie ? Ont-elles la possibilité d'isoler leur logement ? Peuvent-elles renouveler leur véhicule et opter pour un véhicule moins polluant ? Avec ce genre de fiscalité comportementale, il y a le risque que les personnes vivant en situation de pauvreté soient, proportionnellement, plus touchées que d'autres. À tout le moins, propose le rapport, il convient alors de prévoir des mécanismes de corrections sociales pour compenser l'impact d'une telle taxation sur les revenus les plus faibles. « Par exemple, il a été suggéré qu'une partie des recettes d'une taxe sur le carbone pourrait être utilisée pour financer un fonds social pour l'énergie, qui pourrait alors servir à financer, entre autres, la construction de logements sociaux et économes en énergie supplémentaires » (p. 98 du rapport).

Enfin, le rapport souligne encore la répartition inégale de la richesse dans notre pays. Il pointe surtout le fait que l'*extrême richesse* a augmenté ces dernières années : en 2019, il y avait 132.000 millionnaires (en dollars), en

augmentation de 8% par rapport à 2018, de 60% par rapport à 2012. « La richesse moyenne des millionnaires augmente également. [...] Le millionnaire belge moyen possède une fortune de 2,5 millions d'euros, une augmentation de 62% par rapport à 2012 » (p. 66 du rapport).

Ces inégalités de richesse sont jugées problématiques : « la richesse procure un grand pouvoir économique et politique, tandis que la pauvreté conduit à une vie où les droits fondamentaux ne peuvent être effectivement réalisés » (p. 66 du rapport). Elles mettent à mal nos valeurs : « l'idée d'une société où la richesse extrême des uns coexiste avec l'augmentation du taux de pauvreté au sein du reste de la population est apparue insoutenable sur le plan éthique dans le cadre de la concertation » [mise en place par le Service de lutte contre la pauvreté et dont le rapport est issu] (p. 67 du rapport).

Le rapport appelle clairement à « rendre le système de taxes et d'impôts plus équitables » (p. 97 du rapport). De plus, « il est important que chaque autorité concernée procède à l'évaluation de l'impact d'une nouvelle taxe ou d'une réforme ex ante — à l'avance — avec la participation des personnes vivant dans la pauvreté et d'autres acteurs » (p. 99 du rapport). Diverses propositions concrètes sont mises en avant afin de favoriser la progressivité de l'impôt : des taux d'imposition plus élevés pour les plus hautes tranches de revenus, la globalisation des revenus, l'instauration d'une forme progressive d'imposition sur la fortune, etc.

5. To leave no one behind

C'est la devise de l'Agenda 2030 de l'Organisation des Nations Unies. Mais c'est aussi le message général de ce rapport. Faire société autour de la valeur centrale qu'est la solidarité, c'est lutter contre les inégalités sociales, veiller à ce que tout un chacun puisse vivre dignement et, ainsi, permettre l'épanouissement de la société. « La solidarité est une condition indispensable à la vie en société : elle contribue à développer un tissu social, elle permet de créer du lien et du vivre ensemble, elle donne du sens à l'État ... Idéalement elle œuvre à la réalisation des droits humains pour tous, elle permet de faire profiter l'ensemble de la population des avancées et des connaissances médicales, technologiques, scientifiques, elle fait évoluer positivement la société sur le plan social ou encore environnemental » (p. 80 du rapport).

Pour y arriver, le rapport appelle à mettre en place des mesures structurelles visant à créer « un nombre suffisant d'emplois accessibles et de qualité, renforcer la sécurité sociale, tendre vers un système équitable et des services publics de qualité et accessibles » (p. 114 du rapport). Prendre en considération ce rapport dans le cadre d'une future Conférence interministérielle sur la lutte contre la pauvreté, ou dans le cadre du plan de relance, serait un premier pas et un signal fort de la part des différentes autorités publiques.

Bibliographie

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2021). *Solidarité et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2020-2021*, Bruxelles, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Le rapport complet est disponible sur : <https://www.luttepauvrete.be/publication/du-service/rapport-bisannuel/solidarite-et-pauvrete-contribution-au-debat-et-a-laction-politiques/>







Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue *Santé & Société*, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue *Santé & Société*, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études

Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à SanteEtSociete@mc.be.

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité général sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

Sommaire

Edito : Décider ensemble 02

Etude : Budget 2022 : Une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique 06

Etude : La co-construction des politiques de soins de santé 18

Etude : Évolution des antibiotiques remboursés de 2015 à 2021 38

Lu pour vous : Les téléconsultations durant la pandémie de COVID-19. Une étude de l'Agence Intermutualiste 60

Lu pour vous : Solidarité et pauvreté, que faire ? 72

Colophon

Editeur responsable

Rédactrice en chef

Rédaction finale

Layout service

Impression

Adresse de retour

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Élise Derroitte

Astrid Luybaert, Svetlana Sholokhova

MC - team grafische vormgeving: Helga Van Aken et Herman Barthels

Albe De Coker

MC-CM, Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,
BP 40, 1031 Bruxelles